CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIXe SESSION

BRUXELLES (22-28 JUILLET 1935)

Sous le Haut Patronage

DE

LL. MM. le Roi et la Reine des Belges



CAHORS
IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE COUESLANT
(Personnel intéressé)

1935

COMITÉ D'HONNEUR

S. Em. le Cardinal VAN ROEY, Primat de Belgique, Archevêque de Malines.

M. E. VANDERVELDE, Ministre d'Etat, Vice-Président du Conseil des Ministres.

M. SOUDAN, Ministre de la Justice.

M. A. MAX, Ministre d'Etat, Bourgmestre de la Ville de Bruxelles.

M. l'Ambassadeur de France.

M. F. BARBEY, Envoyé Extraordinaire et Ministre Plénipotentiaire de Suisse.

M. le Comte G. DE MARCHANT et D'ANSEMBOURG, Chargé d'Affaires du Grand Duché de Luxembourg.

M. le Baron HOUTART, Gouverneur de la Province de Brabant.

M. POLL, Chef de Cabinet, Directeur général au Ministère de la Justice.

M. E. BOGAERT, Recteur de l'Université de Bruxelles.

Mgr LADEUZE, Recteur de l'Université de Louvain.

M. A. GODDYN, Premier Président de la Cour de Cassation.

M. G. DE LE COURT, Premier Président de la Cour d'Appel.

M. le Baron GILSON DE ROUVREUX, Président du Tribunal de Première Instance.

M. HAYOIT DE TERMICOURT, Procureur général.

M. le Professeur ZUNZ, Président de l'Académie Royale de Médecine.

M. le Professeur V. COCQ, Président de la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles.

M. le Professeur A. LEY, Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux.

M. le Professeur H. COPPEZ, Président du Collège des Médecins de l'agglomération bruxelloise.

M. le Dr DERACHE, Inspecteur général du Service de Santé de l'Armée.

M. le Professeur D. NOLF, Président de la Croix-Rouge de Belgique.

M. GOSSENS-BARA, Président de la Commission d'Assistance publique de la Ville de Bruxelles.

*

CONSEIL D'ADMINISTRATION

DE L'ASSOCIATION DITE « CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE ».

Année 1935

Président : M. le D[r] René CHARPENTIER (de Neuilly-sur-Seine).

Vice-Président : M. le D[r] O. CROUZON (de Paris).

Secrétaire général : M. le D[r] Pierre COMBEMALE (de Bailleul).

Membres : MM. P. COURBON (de Paris), DESRUELLES (de Saint-Ylie), Art. DONAGGIO (de Modène) ; REPOND (de Monthey), Henri ROGER (de Marseille), VIGNAUD (de Vanves), *trésorier.*

BUREAU DE LA 39[e] SESSION

(22-28 juillet 1935)

PRÉSIDENTS

M. le D[r] René CHARPENTIER, de Neuilly-sur-Seine (Seine).
M. le D[r] Ernest DE CRAENE, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles.

Vice-Président

M. le D[r] O. CROUZON, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris.

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. le Professeur P. COMBEMALE, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul.

SECRÉTAIRE ANNUEL

M. le Professeur G. VERMEYLEN, de l'Université libre de Bruxelles.

TRÉSORIER

M. le D[r] VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, à Paris (XIV[e]).

PROGRAMME DES TRAVAUX
ET DES EXCURSIONS

Les Congressistes qui arriveront à Bruxelles le dimanche 21 juillet, sont cordialement invités par la Société de Médecine mentale de Belgique et par le Dr Ern. DE CRAENE, à passer la soirée à la Maison d'Art, 185, avenue Louise, à 20 h. 30 (trams 2, 3, 4).

LUNDI 22 JUILLET

9 h. 45. — SÉANCE SOLENNELLE D'OUVERTURE sous la présidence de M. le Ministre de la Justice.

Grand Hall de l'Université libre de Bruxelles, 50, avenue des Nations (entrée par la porte de la Tour) (trams 2, 3, 4).

12 h. 30. — Le déjeuner pourra être pris au restaurant de la Société Universitaire Paul-Héger, rue Paul-Héger (prix du déjeuner : 12 fr. 50, boissons comprises).

14 h. — 1er RAPPORT. — PSYCHIATRIE.

L'Hystérie et les fonctions psycho-motrices ; étude psycho-physiologique. — Rapporteur : M. le Dr Henri BARUK, ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin-Chef de la Maison Nationale de Santé de St-Maurice (Seine).

Grand Hall de l'Université.

17 h. 30. — *Réception* par M. le Recteur de l'Université; *visite* des locaux de l'Université libre de Bruxelles.

21 h. — *Soirée* offerte par le Ministre d'Etat, Vice-président du Conseil des Ministres et Mme Emile Vandervelde, aux membres titulaires du Congrès et à leurs femmes.

MARDI 23 JUILLET

9 h. 15. — 2e RAPPORT. — NEUROLOGIE.

L'Hystérie et les fonctions diencéphaliques ; étude neurologique. — Rapporteur : M. le Dr Ludo VAN BOGAERT, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles, Médecin des Hôpitaux d'Anvers.

Auditoire Bordet, Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo (trams 14, 15).

14 h. 15. — *Séance de communications.*

Auditoire Bordet, Faculté de Médecine.

17 h. 15. — *Visite de la Faculté de Médecine* et du nouvel *Hôpital Universitaire.*

MERCREDI 24 JUILLET

9 h. 15. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE des membres titulaires du Congrès.

Auditoire Bordet, Faculté de Médecine (trams 14 et 15).

N. B. — L'Assemblée générale du Congrès sera immédiatement suivie de l'*Assemblée générale* de l'*Association Amicale des médecins des Etablissements d'aliénés de France.*

14 h. 30. — *Séance de présentations.*

Auditoire du Service Universitaire de psychiatrie.

Visite de l'Institut de Psychiatrie (Hôpital Brugmann. Place A. Van-Gehuchten, trams 16 et 88. Durée du trajet à partir du centre de la ville : 35 minutes).

17 h. — Visite libre de l'Exposition universelle internationale.

21 h. — *Visite* à guichet fermé de l'*Exposition d'Art ancien* à l'Exposition universelle et internationale sous la conduite de M. Lambotte, Directeur des Beaux-Arts. (Réunion devant l'entrée de l'Exposition d'Art ancien, à 20 h. 45 très précises).

JEUDI 25 JUILLET

8 h. 30. — Départ pour l'Institut Salve Mater à Lovenjoul (près Louvain). Stationnement des auto-cars : Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo (trams 14, 15).

10 h. — *Séance de présentations* (Auditoire de la Clinique Universitaire de Psychiatrie).

11 h. 30. — *Visite* de l'*Institut Salve Mater.*

13 h. — *Banquet* offert par la Direction générale des Révérendes Sœurs de la Charité.

16 h. — *Réception* par M. le Recteur de l'Université de Louvain et *visite de la Bibliothèque et des Halles de l'Université.*

17 h. 30. — Retour à Bruxelles. Arrivée vers 18 h. 15. (Prix des transports : 35 fr. belges).

21 h. — *Réception* par M. le Bourgmestre de la Ville de Bruxelles et *Raôut*, à l'Hôtel-de-Ville de Bruxelles. (La tenue de soirée est de rigueur).

VENDREDI 26 JUILLET

9 h. 45. — *Séance de communications.*
Auditoire Bordet, Faculté de Médecine (trams 14 et 15).

14 h. 15. — 3e RAPPORT. — MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE.

Délinquance et criminalité de l'enfance. — Rapporteurs : M. le Dr G. HEUYER, Médecin des Hôpitaux de Paris et de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police et de M. le Dr Paul VERVAECK, de Bruxelles, Médecin-Inspecteur adjoint des Asiles et Colonies d'Aliénés du Royaume.
Auditoire Bordet, Faculté de Médecine (trams 14 et 15).

21 h. — *Soirée* offerte par les Présidents et les membres du Congrès, à l'Exposition universelle et internationale.

SAMEDI 27 JUILLET

9 h. 15. — *Séance de communications.*
Auditoire Bordet. Faculté de Médecine.

11 h. 30. — Départ pour Villers-la-Ville (stationnement des auto-cars devant la Faculté de Médecine).

12 h. 30. — Déjeuner à l'Hôtel des Ruines, à Villers-la-Ville.

14 h. — *Visite* des ruines de l'*Abbaye Cistercienne de Villers.*

15 h. 30. — Départ pour la *Ferme-Ecole de Waterloo.* Passage par le champ de bataille de Waterloo.

16 h. 30. — *Réception* par le Conseil Provincial du Brabant et *visite* de la Ferme-Ecole de Waterloo.

(Prix de l'excursion à Villers-la-Ville et Waterloo, déjeuner compris : 60 fr. belges).

DIMANCHE 28 JUILLET

8 h. 30. — Départ pour Gheel.
Stationnement des auto-cars : Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo (trams 14 et 15).

11 h. — Arrivée et *visite de l'Infirmerie de la Colonie de Gheel.*

12 h. 30. — *Lunch* offert par la Colonie de Gheel.

15 h. — *Visite des placements familiaux* de la Colonie.

17 h. — Départ pour Bruxelles. Arrivée à Bruxelles vers 19 h. (Prix total de l'excursion : 50 fr. belges).

Les congressistes qui, participant à l'excursion de Gheel, ont l'intention de se rendre au Congrès International de Neurologie de Londres pourront prendre le *dimanche 28 juillet* à Bruxelles Midi, le train pour Dunkerque à 21 h. 04 et arriver le lundi 29 juillet à 7 h. 35 à Londres Victoria ; ou bien, le train de 22 h. 07 à Bruxelles Nord pour arriver à Londres Victoria, via Ostende à 7 h. 35. (Ces horaires ne sont donnés qu'à titre d'indication, de légères modifications pouvant être apportées au dernier moment, lors de la publication officielle de l'horaire d'été, et des trains supplémentaires devant être mis en marche à l'occasion de l'Exposition. Se renseigner au Bureau touristique du Congrès qui fonctionnera au Siège même des séances).

⁂

Les Membres du Congrès qui désirent participer aux *excursions* et assister aux *réceptions* sont priés de s'inscrire auprès de l'Agence Exprinter, Office central des Congrès, 26, avenue de l'Opéra, Paris (1er), avant le 16 juin 1935. Certains de ces prix sont susceptibles de subir une légère hausse.

⁂

Le *Comité des dames* invite spécialement les dames Congressistes aux visites suivantes :

1) *Le mardi 23 juillet*, à une visite guidée des Musées d'art ancien et moderne de Bruxelles.

2) *Le mercredi 24 juillet*, à une visite de l'Exposition.

3) *Le vendredi 26 juillet*, à une visite guidée du Musée du Cinquantenaire.

S'inscrire au Secrétariat du Congrès, le lundi 22 juillet.

⁂

Le *Secrétariat du Congrès*, ainsi que le Bureau de renseignements touristiques, seront ouverts à partir du lundi 22 juillet 1935, à 9 heures, dans une salle attenante au Grand Hall de l'Université, et les autres jours à la Faculté de Médecine, Auditoire Jean-Slosse, 115, boulevard de Waterloo. Les congressistes pourront y faire adresser leur courrier particulier.

⁂

L'*entrée* de l'*Exposition universelle et internationale* sera gratuite, pendant la durée du Congrès, pour les Membres titulaires et pour les membres adhérents : une carte spéciale du Congrès leur sera remise. La gratuité d'entrée sera également accordée aux épouses des porteurs de cette carte spéciale lorsqu'elles accompagneront leur mari.

Pour les autres membres de la famille des congressistes, des *cartes d'entrée* peuvent être obtenues au tarif suivant :

a) d'une validité de *trois jours*, au prix de 10 fr. belges ;

b) d'une validité de *sept jours*, au prix de 20 fr. belges.

RÈGLEMENT DES SEANCES

Chaque rapporteur fait un *résumé oral* de son RAPPORT. Ce résumé oral, pour lequel il est accordé *vingt minutes*, est suivi d'une *discussion*. Les membres titulaires de l'Association et les membres adhérents à la session qui désirent y prendre part sont priés de s'inscrire à l'avance au Bureau du Congrès. La parole leur est donnée d'après l'ordre des inscriptions. La durée de la discussion, pour chaque auteur qui y prend part, ne doit pas excéder cinq minutes. Toutefois, il pourra être accordé dix minutes pour la discussion aux auteurs inscrits avant l'ouverture de la session. Chaque membre du Congrès qui prend part à la *discussion* doit remettre au secrétaire général, *avant la fin de la session*, le texte résumé destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne doit pas dépasser *trois pages* d'impression. Lorsque la discussion est terminée, le rapporteur, s'il le désire, répond successivement à chacun des orateurs.

Des séances sont réservées aux COMMUNICATIONS orales sur des sujets concernant la *psychiatrie*, la *neurologie*, la *médecine légale* ou l'*assistance neuro-psychiatrique*. Le nombre des communications est limité à trois pour chaque membre titulaire ou adhérent et leurs titres doivent être parvenus au Secrétaire général avant le 6 juillet. La durée de l'exposé de chaque communication ne doit pas dépasser dix minutes. Il n'est accordé que cinq minutes pour les discussions.

Les auteurs de communications accompagnées de *présentations* de malades, de pièces anatomiques, de coupes histologiques, d'appareils, etc., ou de *projections* (photographies, films cinématographiques, etc.), sont priés d'en avertir le Secrétaire général avant le 10 juillet.

Le texte *in extenso* des communications, dactylographié, doit être remis par les auteurs au secrétaire général *avant la fin de la session*. Des résumés des communications doivent être remis au secrétaire général avant la fin de la séance où ont lieu ces communications. Les *communications in extenso* ne doivent pas dépasser *cinq* pages d'impression. Il n'est accordé qu'*une page* pour les discussions. *Seules les communications faites oralement et par leurs auteurs peuvent figurer dans le volume des comptes rendus de la session.*

L'emploi de la langue française est obligatoire.

Lorsque le nombre de pages accordé par le règlement pour les rapports, communications ou discussions sera dépassé, les frais d'impressions supplémentaires seront à la charge des

auteurs, étant entendu **qu'en aucun cas (et même aux frais de l'auteur), le Secrétaire général ne devra accepter des textes ayant le double du nombre de pages accordé** *par le présent règlement. (Décision de l'Assemblée générale tenue à Blois le 27 juillet 1927).*

Le texte in extenso *définitif des communications et des discussions devra être remis au Secrétaire général, avant la fin de la session. Lors de la correction des épreuves, aucune modification du texte composé ne pourra être acceptée.*

Aucun texte de communication ou de discussion remis après *la fin de la session, ne pourra être publié dans le volume des comptes rendus.*

VOYAGE

Réduction sur les Chemins de fer

Chemins de fer français

Les grands réseaux de chemins de fer français, tenant compte du caractère du Congrès, ont bien voulu accorder aux congressistes français et étrangers, traversant la France, ainsi qu'à leurs femmes, enfants, mineurs et filles non mariées les accompagnant, une réduction de 40 0/0 (net d'impôt) pour se rendre au Congrès.

Cette réduction est accordée sous forme de bon individuel permettant d'emprunter au retour un itinéraire différent de l'aller, mais ramenant obligatoirement le voyageur à la gare de départ et par le trajet direct.

De plus, les permis seront établis pour une classe déterminée. Il y a donc lieu de l'indiquer sur le questionnaire ci-après.

La validité de ces réductions est fixée du 19 juillet au 2 août 1935 inclus.

(Nouvelle réglementation).

Chemins de fer belges

Exploitation. Service commercial. Bureau 13/2 n° 2406/4 V. Du 4 janvier 1935

Les personnes qui prendront part au Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui se tiendra à Bruxelles du 22 au 27 juillet prochain, pourront bénéficier, sur les lignes belges, d'une réduction individuelle de 35 0/0 sur les prix normaux des billets de voyageurs, sur présentation d'une *carte d'identité spéciale.*

Ils devront, en outre, être porteurs de leur *carte de congressiste* revêtue de leur signature.

La réduction sera applicable à partir du 16 juillet pour le voyage à l'aller et jusqu'au 3 août pour le voyage au retour, qui pourra se faire par un autre itinéraire qu'à l'aller.

Compagnie de navigation aérienne « Air-France »

Par lettre A.C. 2 du 2 janvier 1935, cette compagnie a bien voulu accorder une réduction de 10 0/0 en faveur des congressistes se rendant à Bruxelles par la voie des airs, sur toutes les lignes de son réseau, à l'exception de sa ligne d'Extrême-Orient.

⁂

Note importante

Pour bénéficier de ces diverses réductions, il est nécessaire de remplir le questionnaire que l'on trouvera plus loin, et de l'envoyer *avant le 16 juin*, à l'Agence Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris, qui a bien voulu se charger d'adresser aux Congressistes tous les bons individuels de réduction.

Il est indispensable d'être inscrit régulièrement au Congrès avant de faire la demande de bons de réduction.

LOGEMENT A BRUXELLES

La Session du Congrès coïncidant avec la période la plus active de l'Exposition Universelle, nous ne saurions trop recommander aux Congressistes de s'assurer leur logement, **deux à trois mois à l'avance.** (Les prix indiqués ci-dessous sont susceptibles de hausse).

Pendant cette période de l'Exposition, les hôteliers demanderont généralement aux Congressistes de prendre à l'hôtel au moins un repas par jour, en dehors du petit déjeuner. (Les Congressistes bénéficieront alors du prix de demi-pension qui est plus avantageux que le prix de la chambre et des repas additionnés).

Les Congressistes désirant qu'une chambre leur soit réservée, doivent s'adresser directement au gérant de l'hôtel choisi par eux.

S'ils préfèrent avoir recours à l'Office de l'Agence Exprinter, lui indiquer, pour le 15 mai, dernier délai, leur nom et leur adresse, ainsi que leur date d'arrivée à Bruxelles. Spécifier s'ils sont accompagnés d'une ou de plusieurs autres personnes.

Prix en francs belges (service 10 0/0 en sus)

NOMS ET ADRESSES	1 LIT		Gd LIT		2 LITS		REPAS
	S. B.	A. B.	S. B.	A. B.	S. B.	A. B.	
Plaza		85-175		110-120		130-250	
Palace, place Rogier		84-120		108-156		132-180	25-30
Métropole, 31, place de Bouckère	66-96	84-168	84-120	108-192	108-137	132-240	35-40
Astoria, 103, r. Royale	65-85	85-145	85-110	110-170	110-135	135-215	30-40
Albert Ier, 10, place Rogier	75	115	90	140	115	170	25-25
Gallia & Britannique, avenue des Arts	65-95	85-115	85-125	110-155	110-155	130-180	22-27
Nouvel Hôtel Scheers	45-66	60-78	84-96	96-108	96-108	108-120	25-25
Cosmopolite, pl. Rogier	40-50	60-80	60-80	75-90	65-80	75-100	18
Splendide & Suisse	45		60		70		20
Bordeaux	40	50	55	85	65	95	22-25
Cécil	40-60	55-70	65-110	80-110	70-110	90-110	18-20
Colonies, 6, rue des Croisades	40-60	55-70	65-110	80-110	70-110	90-110	18-20
Ermitage, Bd d'Ypres et de Nieuport	40-50	50-60	50-60	55-65			15-15
Hôtel Siru, pl. Rogier	30	40	45	60	45	60	15-15
Grand Hôtel, 29, Bd Anspach			75	100	90	120	30-30
Hôtel des Boulevards, place Rogier	35-70	60-80	40-70	60-100	60-90	80-170	Prix fixe p. groupe
Hôtel des Négociants, 17-21, rue de la Fourche	25-40		35-55		40-75		12.5-12.5
Hôtel de l'Espérance, Gare du Midi	35-55		45-65	60-100	55-75		16-25
La Coupole, Porte Louise	35-40						
« A la Grande Clo he », 10, place Rouffe	30-40		40-50		45-65		
« Melrose », 90, rue Gachard	25-50				50-140	160	

2° Le genre d'hôtels où ils désirent qu'une chambre leur soit retenue.

3° Joindre à la demande définitive le montant du premier jour de location dont reçu leur sera envoyé et qui sera porté au crédit de leur compte à l'hôtel désigné sur la quittance.

Forfait de l'Agence Exprinter

Prix forfaitaire pendant toute la durée du Congrès, du dimanche 21 juillet au soir (après le dîner) au dimanche matin 28 juillet après le petit déjeuner : **440 francs français** par personne, sans distinction de chambre. (Prix susceptible de légère modification en baisse).

Ce prix comprend : la chambre (sans bain) dans un hôtel genre Scheers, le petit déjeuner du matin, un repas au choix (déjeuner ou dîner), les taxes et les pourboires.

RESTAURANTS

Voici quelques restaurants particulièrement renommés à Bruxelles ; certains d'entre eux ont un prix fixe que nous indiquons ci-après :

Restaurant du Roy d'Espagne, 9, place du Petit Sablon	
Amphitryon, 17, rue des Quatre-Bras....................	
Taverne du Globe, place Royale	
La Belle Meunière, 51, rue de la Fourche.................	25-35
Restaurant Kleiber	
La Paix, 57, rue de l'Ecuyer............................	35
Restaurant du Chapon Fin, 22, rue Grétry	
Restaurant de l'Epaule de Mouton, 16, rue des Harengs.......	35-40
Restaurant du Dauphin, rue de la Fourche.................	25-35
Restaurant du Filet de Sole, 1, rue Grétry.................	
Restaurant du Filet de Bœuf, 8, rue des Harengs............	35
Restaurant de la Marée, 22, place Ste-Catherine............	15-35
Taverne Royale, rue d'Aremberg (coin des Galeries St-Hubert).	30
Taverne de Londres, 21, rue de l'Ecuyer..................	30
Taverne des Trois Suisses, place de la Monnaie.............	
Taverne St-Jean, 46, boul. Anspach......................	15-25
Restaurant du Petit Louvain, quai au Bois à Brûler..........	15
Restaurant Italia (cuisine italienne), 70, rue du Marché au Charbon...	
Restaurant du Parc aux Huîtres, 17, rue Léopold...........	
Restaurant Charlemagne, 25, rue des Bouchers..............	15-25

EXCURSIONS

Pour toutes ces excursions s'inscrire auprès de l'Agence Exprinter, 26, Avenue de l'Opéra, Paris

I. EXCURSIONS PRÉVUES PENDANT LE CONGRÈS

Jeudi 25 juillet : excursion à Lovenjoul. — 8 h. 30, départ des autocars de la Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo. (Trams 14 et 15) pour l'Institut Salvé Mater à Lovenjoul, près Louvain.

10 h. 30, départ de la Faculté de Médecine des autocars réservés aux *Membres associés* pour Lovenjoul.

15 h. 30, départ de Lovenjoul pour Louvain.

17 h. 30, départ de Louvain pour Bruxelles. (Prix des transports : 35 fr.).

Samedi 27 juillet : excursion à Villers-la-Ville et Waterloo. — 11 h. 30, départ des autocars de la Faculté de Médecine. 115, boulevard de Waterloo pour l'Hôtel des Ruines à Villers-la-Ville.

12 h. 30, déjeuner.

14 h., visite des Ruines de l'Abbaye cistercienne de Villers.

15 h. 30, départ pour la Ferme-Ecole de Waterloo.

18 h. 30, départ de Waterloo pour Bruxelles. (Prix des transports et du déjeuner : 60 fr. belges).

Dimanche 28 juillet : excursion à la Colonie Familiale de Gheel (par Malines, Heyst op den Berg et Westerloo). — 8 h. 30, départ des autocars de la Faculté de Médecine, 115, boulevard de Waterloo pour Gheel.

17 h., départ des autocars de Gheel pour Bruxelles. Arrivée vers 19 heures. (Prix des transports : 50 francs belges).

Avis important. — Pour participer à toutes ces visites et excursions, il est nécessaire de le mentionner sur le questionnaire que l'on trouvera plus loin. (Prix susceptibles de hausse).

II. EXCURSIONS PRÉVUES APRÈS LE CONGRÈS

Itinéraire n° 1

Les Ardennes, Namur, les grottes de Han

Lundi 29 juillet. — Départ de Bruxelles à 9 h. en autocar pour la traversée des Ardennes belges, par Namur et Dinant, la

Vallée de la Meuse et la visite des célèbres grottes de Han (déjeuner en route).

Retour à Bruxelles vers 18 heures.

Prix par personne : *Francs français : 110* (toutes dépenses comprises comme il est dit plus loin).

Itinéraire n° 2

(Faisant suite à l'itinéraire n° 1)

Vallée de la Meuse, Huy, Liége, Spa et Louvain

Lundi 29 juillet. — Même programme que l'itinéraire n° 1 jusqu'après la visite des grottes de Han.

Puis départ pour Huy et Liége par la Vallée de la Meuse. Dîner et coucher à Liége.

Mardi 30 juillet. — Visite de Liége avec autocar et guide. Départ vers 11 heures pour Spa où l'on arrivera pour déjeuner. Visite de la ville et des établissements. Vers 14 heures, départ des autocars pour Louvain et Bruxelles, où l'on arrivera pour dîner.

Prix par personne : *Francs français : 220* (toutes dépenses comprises comme il est dit plus loin).

Itinéraire n° 3

(*Les villes d'arts*) *Gand, Bruges, Anvers*

Lundi 29 juillet. — Départ en autocar de Bruxelles pour Alost et Gand. Visite de la ville : la Cathédrale Saint-Bavon, Eglises Saint-Jacques, Saint-Nicolas, Saint-Michel, Les Béguinages, le nouveau Grand Béguinage, le Mont Saint-Amand-les-Gand. Après déjeuner, départ pour Bruges que l'on visitera : la Cathédrale Saint-Sauveur, Basilique du Saint-Sang, l'Hôtel de Ville, le Palais de Justice, Loge aux Bourgeois, les Quais de la Main-d'Or Saint-Augustin, le Béguinage, un des plus intéressants de la Belgique. Dîner et coucher à Bruges.

Mardi 30 juillet. — Le matin, départ pour Anvers. Arrivée à Anvers dans la matinée. Visite du célèbre Zoo, le plus important du monde. Déjeuner à Anvers. Dans l'après-midi, visite de la ville : la Cathédrale avec ses peintures, l'Hôtel de Ville, la Grand'Place, la Bourse, le Gratte-Ciel. Visite du Port, l'un des plus importants du Nord de l'Europe. (Départ facultatif pour la Hollande, voir programme ci-après).

Retour à Bruxelles vers 19 heures.

Prix par personne : *Francs français : 195* (toutes dépenses comprises comme il est dit plus loin).

Itinéraire n° 4

La Hollande (Anvers, La Haye, Scheveningue, Amsterdam, Ile de Marken, Bruxelles). Faisant suite à l'itinéraire n° 3, mais le départ pourra, sur demande, se faire également de Bruxelles).

Mardi 30 juillet. — Départ d'Anvers par le train de 18 h. 44. Dîner en wagon-restaurant. Arrivée à La Haye vers 20 h. 58. Transfert aux hôtels. Installation.

Mercredi 31 juillet. — Dans la matinée, visite de La Haye (le Musée, le Palais de la Paix, le Palais Royal) et excursion à la belle plage de Scheveningue. Après le déjeuner, départ pour Amsterdam, dont on visitera la vieille cité avec ses canaux, le Port et les Musées ; on y dînera et couchera.

Jeudi 1er août. — Excursion en bateau et barque à L'Ile de Marken, si caractéristique de la Hollande, avec ses canaux, ses moulins et ses antiques costumes.

Départ après dîner, par le train de 20 h. 34 pour Bruxelles, où l'on arrivera vers minuit. (Le train continue sur Paris où l'on arrive le lendemain matin à 6 h. 54).

Prix du voyage en 1re classe : Francs français : 620 (toutes dépenses comprises comme il est dit plus loin).

Les prix indiqués comprennent toutes les dépenses à savoir :

1° Les billets de chemin de fer en 1re classe.
2° Le transport des gares aux hôtels et vice-versa.
3° Le séjour dans des hôtels de 1er ordre (service, éclairage, 3 repas par jour sans boisson).
4° Pourboires et taxes locales.
5° La visite des villes et les excursions prévues au programme.
6° Les voitures et autos nécessaires.
7° Les entrées dans les monuments et musées.
8° Les soins de nos agents et guides interprètes, accompagnant le voyage et chargés de veiller à sa bonne exécution.

⁂

Voyage circulaire. — Les personnes désirant profiter de leur déplacement pour faire un voyage circulaire, soit en France, soit en d'autres pays, obtiendront des indications sur la meilleure combinaison des billets à utiliser en indiquant, dans leur demande, les principaux points par où ils ont l'intention de passer.

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Le Congrès comporte des membres titulaires, des membres adhérents et des membres associés :

Les *membres titulaires* de l'Association et les *membres adhérents* à la session ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Les membres adhérents inscrits avant le 15 juin 1935 recevront, comme les membres titulaires, les rapports dès leur publication.

Les *membres titulaires* de l'Association versent une cotisation annuelle de 75 francs et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Pour être *membre titulaire* de l'Association, il faut être Docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Le nombre des membres titulaires n'est pas limité (1).

La cotisation des *membres adhérents* à la 39e session a été fixée à 80 francs français. Ils doivent être agréés par le Bureau.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent s'inscrire au Congrès et recevoir un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session. Le minimum de leur cotisation a été fixé à 80 francs français.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres titulaires et des membres adhérents. Le prix de leur cotisation est de 50 francs français. Ils ne prennent pas part aux travaux du Congrès, mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Envoyer le montant des cotisations *en francs français, chèque sur Paris, mandat international, mandat-postal ou chèque-postal,* avec indication précise des noms et adresses,

au Docteur VIGNAUD, trésorier, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIVe). Compte chèques postaux : Paris, C.-C. 456-30.

(1) Adresser les candidatures au Docteur Pierre COMBEMALE, Secrétaire général, route d'Ypres, à Bailleul (Nord).

CAHORS, IMP. COUESLANT (*personnel intéressé*). — 50.160

CONGRÈS

des MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES de FRANCE et des PAYS de LANGUE FRANÇAISE

BRUXELLES, 22-27 JUILLET 1935

QUESTIONNAIRE

A remplir et à retourner, par retour du courrier, et avant *le 16 juin, dernier délai* (15 mai pour ceux qui désirent retenir une chambre par l'intermédiaire de l'Agence Exprinter), au :

BUREAU DES VOYAGES PRATIQUES « EXPRINTER »
26, Avenue de l'Opéra, Paris (1er)

Nom .... N° de la carte de Congressiste .... (Indiquer les différents numéros, s'il y a plusieurs membres), ... demeurant à (Adresse postale) ....

....

membre du *Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes*, qui aura lieu à Bruxelles, du 22 au 27 juillet 1935, désire ... bon de réduction sur les Chemins de fer français, pour se rendre, à l'aller de ....(gare frontière pour les étrangers) à ......, et au retour de .... à.... .... en ...... classe et bénéficier, sur les Chemins de fer belges, des réductions sur les parcours de.......... à Bruxelles, et de Bruxelles à .... Cie Air-France, de .... à ....

Le soussigné voyagera avec .... et désire :

1° Qu' ....chambre à ...... lit lui soit retenue à Bruxelles dans un hôtel, genre ....au prix moyen de francs belges ....à partir du ....

Ci-joint le montant de la première nuit, soit frs belges .... (ou la contre-valeur en francs français), en un chèque, virement postal (compte chèques-postaux : Paris, 107.406), ou mandat. (Prix susceptible de variation en hausse que je m'engage à payer).

2° Bénéficier du prix forfaitaire, pour la durée du Congrès, chambre à .... lit, ... personnes.

Ci-joint le montant du forfait, soit .... (francs français, 440 francs par personne).

3° Participer aux excursions suivantes :

A) Pendant le Congrès :

1) Excursion à Lovenjoul (Louvain) :

Cars de 9 h. .... personnes.

Cars de 10 h. 30 .... »

2) Excursion à Villers et Waterloo ... . »

3) Excursion à la Colonie familiale de Gheel .... »

B) Après le Congrès :

Itinéraire n° 1. Les Ardennes belges et les grottes de Han. Nombre de personnes : ...

Itinéraire n° 2. Les Villes d'Arts. » » ....

Itinéraire n° 3. La Hollande. » » ....

Itinéraire n° 4. Congrès de Londres. (Gand, Bruges, Ostende). .... » » ....

Signature :

N.-B. — Prière de joindre, si possible, une carte de visite pour éviter toute erreur dans l'orthographe du nom.

CONGRÈS

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES & NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIXe SESSION

BRUXELLES (22-28 JUILLET 1935)

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES
DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XXXIXe SESSION — BRUXELLES (22-28 JUILLET 1935)

COMPTES RENDUS

PAR

PIERRE COMBEMALE

Secrétaire général



MASSON & Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS



PRÉLIMINAIRES



COMITÉ D'HONNEUR

S. Em. le Cardinal Van Roey, Primat de Belgique, Archevêque de Malines.

M. E. Vandervelde, Ministre d'Etat, Vice-Président du Conseil des Ministres.

M. Soudan, Ministre de la Justice.

M. A. Max, Ministre d'Etat, Bourgmestre de la Ville de Bruxelles.

S. Exc. M. Laroche, Ambassadeur Extraordinaire et Plénipotentiaire de la République française à Bruxelles.

M. F. Barbey, Envoyé Extraordinaire et Ministre Plénipotentiaire de Suisse.

M. le Comte G. de Marchant et d'Ansembourg, Chargé d'Affaires du Grand Duché de Luxembourg.

M. le Baron Houtart, Gouverneur de la Province de Brabant.

M. Poll, Chef de Cabinet, Directeur général au Ministère de la Justice.

M. E. Bogaert, Recteur de l'Université de Bruxelles.

Mgr Ladeuze, Recteur de l'Université de Louvain.

M. A. Goddyn, Premier Président de la Cour de Cassation.

M. G. de le Court, Premier Président de la Cour d'Appel.

M. le Baron Gilson de Rouvreux, Président du Tribunal de Première Instance.

M. Hayoit de Termicourt, Procureur général.

M. le Professeur Zunz, Président de l'Académie Royale de Médecine.

M. le Professeur V. Cocq, Président de la Faculté de Médecine de l'Université de Bruxelles.

M. le Professeur A. Ley, Inspecteur général des Etablissements pour malades mentaux.

M. le Professeur H. Coppez, Président du Collège des Médecins de l'agglomération bruxelloise.

M. le Dr Derache, Inspecteur général du Service de Santé de l'Armée.

M. le Professeur D. Nolf, Président de la Croix-Rouge de Belgique.

M. Gossens-Bara, Président de la Commission d'Assistance publique de la Ville de Bruxelles.

CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

Année 1935

Président : M. le Dr René Charpentier (de Neuilly-sur-Seine).
Vice-Président : M. le Dr O. Crouzon (de Paris).
Secrétaire général : M. le Dr Pierre Combemale (de Bailleul).
Membres : MM. P. Courbon (de Paris), Desruelles (de Saint-Ylie), Art. Donaggio (de Modène), Repond (de Monthey), Henri Roger (de Marseille), Vignaud (de Vanves), *trésorier.*

BUREAU DE LA 39e SESSION

Présidents : M. le Dr René Charpentier, de Neuilly-sur-Seine (Seine) et M. le Dr Ernest de Craene, Agrégé à l'Université libre de Bruxelles.
Vice-Président : M. le Dr O. Crouzon, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin des Hôpitaux de Paris.
Secrétaire général : M. le Professeur P. Combemale, de la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef à l'Asile de Bailleul.
Secrétaire annuel : M. le Professeur G. Vermeylen, de l'Université libre de Bruxelles.
Trésorier : M. le Dr Vignaud, 4, av. d'Orléans, à Paris (14e).
Secrétaires des séances (1) : MM. les Docteurs M. Leconte (de Paris), et Jean Titeca (de Bruxelles).

(1) Je ne saurai jamais trop remercier les secrétaires des séances, les docteurs M. Leconte et Jean Titeca, du concours si précieux qu'ils m'ont donné, avec tant de dévouement, durant les séances de cette session. C'est à eux que je dois de faire paraître, tôt et complets, ces comptes rendus. Au Dr Jean Titeca qui a mis à la disposition des congressistes son organisation personnelle de sténo-dactylographie, je dois une toute particulière reconnaissance.

DÉLÉGUÉS OFFICIELS

ALGERIE

Gouvernement général : M. le Professeur Porot, de la Faculté de médecine d'Alger, chargé du Service psychiatrique.

BELGIQUE

Académie royale de médecine de Belgique : M. le Professeur d'Hollander (de Louvain).

Société de médecine mentale de Belgique : M. le Docteur Alexander, de Waterloo (Bruxelles) (Président) ; M. le Docteur A. Leroy, de Liége (Secrétaire général).

Société belge de neurologie : M. le Docteur L. Van Bogaert, Chef de service des hôpitaux d'Anvers, agrégé de l'Université de Bruxelles (Président), et M. le Docteur R. Ley, adjoint des hôpitaux de Bruxelles, agrégé de l'Université de Bruxelles (Secrétaire général).

BRESIL

Ligue brésilienne d'hygiène mentale, Société de médecine et de chirurgie de São-Paulo, Société de médecine légale et de criminologie de São-Paulo : Docteur James Ferraz-Alvim,

GRANDE-BRETAGNE

Royal-Medico-Psychological Association : M. le Docteur Donald Ross.

CANADA

Comité d'hygiène mentale de la province de Québec : M. Victor Doré, Directeur général des Ecoles catholiques de

Montréal, Président de l'Exécutif de l'Université de Montréal, Vice-Président du Comité d'hygiène mentale de la province de Québec.

DANEMARK

Société danoise de neurologie et Société danoise de psychiatrie : Docteur KNUD WINTHER, de Copenhague.

ESTHONIE

Université de Tartu : M. le Professeur PUUSEPP, Directeur de la clinique des maladies nerveuses.

ESPAGNE

Université de Barcelone et Sociétés catalanes de neuro-psychiatrie : Professeur Rodriguez ARIAS.

FRANCE

Ministère de la Santé publique et de l'Education physique : M. le Professeur D. SANTENOISE, Inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur.

Ministère de l'Education nationale : M. le Professeur H. CLAUDE, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ministère de la Guerre : M. le Médecin-Lieutenant-Colonel FRIBOURG-BLANC, professeur au Val-de-Grâce.

Ministère de la Marine : M. le Médecin en chef de 2[e] classe ARTUR, Chef du service de neuro-psychiatrie de l'hôpital maritime de Brest.

Conseil général de la Seine : D[r] CALMELS, Président du Conseil général ; MM. ALESSANDRI et René FIQUET, conseillers généraux.

Préfecture de la Seine : M. F. VARENNE, Directeur des Affaires départementales.

Préfecture de police : M. Vetel, Directeur adjoint, chargé du service des aliénés ; M. le Docteur Heuyer, Médecin en chef adjoint de l'infirmerie spéciale près la Préfecture de police.

Commission de surveillance des Asiles publics d'aliénés de la Seine : M. Delaitre, Conseiller d'Etat ; M. Chartier, Avoué.

Société de neurologie de Paris : M. le Docteur Crouzon (Secrétaire général) ; MM. les Professeurs Baudouin et Barré; MM. les Docteurs Albert Charpentier et Tournay.

Société Médico-psychologique : MM. les Docteurs Th. Simon (Président) ; A. Vurpas (Vice-Président) ; Paul Courbon et Paul Abély (Secrétaires des séances) ; Mme le Dr Thuillier-Landry (Trésorière).

Société française de psychologie : M. le Docteur A. Tournay.

Société de Médecine légale : MM. les Docteurs Crouzon, Fribourg-Blanc, Laignel-Lavastine.

HOLLANDE

Faculté de Médecine de l'Université de Groningen : Professeur W.-M. Van der Scheer.

Société néerlandaise de psychiatrie et de neurologie : Docteur L. Coenen (de Haarlem).

ITALIE

Société italienne de neurologie et *Société italienne de psychiatrie :* M. le Professeur Donaggio, Doyen de la Faculté de médecine de Modène.

LUXEMBOURG

Gouvernement grand Ducal (Assistance publique et Service sanitaire) : M. le Docteur Albert Hansen, Médecin-Directeur de la Maison de santé d'Ettelbruck.

MAROC

Direction de la Santé et de l'Hygiène publiques : M. le Docteur DE LA BRETOIGNE DU MAZEL.

POLOGNE

Université de Varsovie : M. le Professeur Kazimirz ORZECHOWSKI.

ROUMANIE

Institut de Médecine légale de Bucarest : M. le Docteur J. STANESCO.

SUISSE

Société suisse de psychiatrie : M. le Docteur FLOURNOY (Président).

Société suisse de neurologie : M. le Professeur BING, de Bâle (ancien Président).

TCHECOSLOVAQUIE

Faculté de Médecine de l'Université tchèque de Prague : M. le Professeur Jan SEBEK.

TURQUIE

Ministère de l'Education nationale et *Ministère de l'Hygiène et de l'Assistance sociale :* M. le Professeur MAZHAR-OSMAN, de la Faculté de médecine d'Istambul.

PRÉSIDENTS DE SÉANCES

Ont été appelés par le Bureau à présider diverses séances du Congrès :

MM.

Le Professeur Boschi (de Ferrare).
Le Professeur H. Claude (de Paris).
Le Professeur de Moura (de Coïmbra).
Le Professeur d'Hollander (de Louvain).
Le Professeur Divry (de Liége).
M. Victor Doré (de Québec).
Le Professeur A. Ley (de Bruxelles).
Le Professeur Puusepp (de Tartu).
Le Docteur A. Repond (de Monthey-Malévoz).
Le Professeur Van der Scheer (de Groningue).
Le Docteur Louis Vervaeck (de Bruxelles).

LISTE

DES MEMBRES TITULAIRES
DE L'ASSOCIATION
DES MEMBRES ADHÉRENTS, DES MEMBRES ASSOCIÉS
ET DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS
INSCRITS A LA XXXIXe SESSION DU CONGRÈS

MEMBRES TITULAIRES DE LA SESSION

1° MEMBRES TITULAIRES A VIE

Pr ABADIE, 18, rue Porte-Dijeaux, Bordeaux (Gironde).
Dr COLLET, 6, avenue des Marronniers, Fontenay-sous-Bois (Seine).
Pr COMBEMALE, Médecin-Chef, Asile de Bailleul (Nord).
Dr DE FISCHER, 8, rue Taubenstrasse, Berne (Suisse).
Pr GUILLAIN, 215 *bis*, boulevard St-Germain, Paris (7e).
Dr LAGRIFFE, Médecin-Directeur, Asile de Quimper (Finistère).
Pr LÉPINE, 1, place Gailleton, Lyon (Rhône).

2° MEMBRES TITULAIRES

Dr ABÉLY (Paul), Médecin-Chef, Asile de Villejuif (Seine).
Dr ADAM (E.), Médecin-Directeur, Asile St-Georges, Bourg (Ain).
Dr ADAM (Frantz), Médecin-Chef, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Dr ALEXANDER (Marcel), 56, rue St-Georges, Bruxelles (Belgique).
Dr ALLAMAGNY, Clinique St-Rémy, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr ARSIMOLES, Médecin-Directeur, Asile de Hoerdt (Bas-Rhin).
Dr ARTUR (R.), 3, rue Amiral-Réveillère, Brest (Finistère).

Dr BARGUES, Médecin-Chef, Asile d'Agen (Lot-et-Garonne).
Pr BARRÉ (J.-A.), 18, avenue de la Paix, Strasbourg (Bas-Rhin).
Dr BARUK (Henri), Médecin-Chef, Maison Nationale, Saint-Maurice (Seine).
Dr BASTIÉ, Médecin-Chef, Hospice de Montauban (Tarn-et-Garonne).
Pr BAUDOUIN, 5, rue Palatine, Paris (6e).
Dr BAUER, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Hte-Vienne).
Dr BÉRIEL (M.H.), 18, rue du Bât-d'Argent, Lyon (Rhône).
Dr BERSOT, Clinique Bellevue, Le Landeron, Neuchâtel (Suisse).
Dr BILLET, Maison de Santé Rech, Pont-Saint-Côme, Montpellier (Hérault).
Pr VAN BOGAERT (Ludo), 22, rue d'Aremberg, Anvers (Belgique).

Dr Bonhomme, Médecin-Directeur, 17, rue Penthièvre, Sceaux (Seine).

Dr Borel, Hospice Central de Perreux-sous-Boudry, canton de Neuchâtel (Suisse).

Dr Bour, Sanatorium de la Malmaison, 4, place Bergère, Rueil (Seine-et-Oise).

Dr Bourilhet (M.D.), Asile de Ste-Catherine, Moulins (Allier).

Dr Bourguignon, 15, rue Royer-Collard, Paris (5e).

Dr Bretoigne du Mazel (de la), Sous-Directeur de la Santé et de l'Hygiène, Rabat (Maroc).

Dr Brousseau, 109, avenue Henri-Martin, Paris (16e).

Dr Burckard, Médecin-Chef, Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Dr Busquet (Tomas), 10, Paseo de la Republica, Barcelone (Espagne).

Dr Bussard, 8, avenue du 11-Novembre, Bellevue (Seine-et-Oise).

Dr Buvat (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (13e).

Dr Boven, 2, avenue de la Gare, Lausanne (Suisse).

Dr Calmettes, Médecin-Chef, Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).

Dr Carbillet, Médecin-Chef, Asile Ste-Catherine, Yzeure, près Moulins (Allier).

Dr Charon (P.), Le Castel d'Andorte, Le Bouscat (Gironde).

Dr Charon (R.), 41, rue Delpech, Amiens (Somme).

Dr Charpentier (René), 119, rue Perronet, Neuilly-sur-Seine (Seine).

Dr Christophe, 78 *bis*, avenue Henri-Martin, Paris (16e).

Pr Claude (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (8e).

Dr Cossa, 29, boulevard Victor-Hugo, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Courbon, Médecin-Chef, Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

Dr Conreur (C.), Médecin-Adjoint, Asile de Dave près Namur (Belgique).

Dr Crémieux, 255, rue Paradis, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Crouzon, Médecin des Hôpitaux, 70 *bis*, avenue d'Iéna, Paris (16e).

Pr Cruchet, 12, rue Ferrère, Bordeaux (Gironde).

Dr Dardenne, Médecin-Chef, Maison de Santé de Dave (Belgique).

Pr Dechaume (Jean) (M.H.), 13, quai Victor-Augagneur, Lyon (Rhône).

Dr Decourt, Médecin des Hôpitaux, 70, avenue Rapp, Paris (7e).

Pr De Craene (Ern.), 48, rue du Lac, Bruxelles (Belgique).

Dr Dedieu-Anglade (D.), 1 *bis*, rue Pedroni, Bordeaux (Gironde).

Dr Dedieu-Anglade (R.), Médecin-Chef, Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
Dr Delaunois, Maison de Santé de Bon-Secours, Peruwelz-Hainaut (Belgique).
Dr Delmas (Ach.), Médecin-Directeur, Maison de Santé, 23, rue de la Mairie, Ivry-sur-Seine (Seine).
Dr Demay (M.C.), Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Desruelles (M.C.), Asile de Ste-Ylie, par Dôle (Jura).
Dr Devay (F.), 192, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Pr Divry, 11, avenue Blonden, Liége (Belgique).
Pr Donaggio (A.), Doyen de la Faculté, Modène (Italie).
Dr Donnadieu, Médecin-Chef, Asile de Ber Rechid (Maroc).
Dr Dublineau, 104, rue de Roubaix, Armentières (Nord).
Dr Dubois (J.), 6, avenue de l'Observatoire, Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).
Dr Duchêne (M.C.), Asile de Lorquin (Moselle).

Pr Elysio de Moura, Université de Coïmbra (Portugal).
Pr Euzière, 12, rue Marceau, Montpellier (Hérault).
Dr Evrard, villa du Belvédère Henri-Chapelle, Liége (Belgique).
Dr Ey (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).

Dr Fail, Médecin-Chef, Asile Ste-Marie, Privas (Ardèche).
Dr Fay, 11 *bis*, rue de Thann, Paris (17e).
Dr Fillassier, Médecin-Directeur, Château de Suresnes (Seine).
Dr Flournoy, 6, rue de Monnetier, Genève (Suisse).
Dr Focquet, Médecin, Asile de Dave, près Namur (Belgique).
Dr Forel (M.C.), Les Rives de Prangins, près Nyon (Suisse).
Dr Frey (M.C.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin).
Pr Fribourg-Blanc, 15, rue Fays, Saint-Mandé (Seine).
Dr Fromenty, Médecin-Chef, Hospices de Tours (Indre-et-Loire).
Pr Froment, 25, rue Godefroy, Lyon (Rhône).

Dr Garand (O.), Médecin-Directeur, Château de Garches, 2, Grande-Rue, Garches (Seine-et-Oise).
Dr Garcin (R.), Médecin des Hôpitaux, 19, rue de Bourgogne, Paris (7e).
Dr Gardien, Asile de Ste-Ylie par Dôle (Jura).
Dr Gaudueheau, 36, boulevard Delorme, Nantes (Loire-Inférieure).
Dr Genil-Perrin, 99, avenue La Bourdonnais, Paris (7e).
Dr Gilles, Médecin-Directeur, Asile de Pau (Basses-Pyrénées).
Dr Gorriti (Fernando), Colonia Nacional de Alienados Open Door, F.C.P., Province de Buenos-Aires (Argentine).

Dr Guiraud, Médecin-Chef, Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Giuseppe Franchini, Via Croce 2, Picenza (Italie).

Dr Hacquard, Médecin-Chef, Asile Ste-Athanase, Quimper (Finistère).
Dr Hamel (M.C.), Asile de Maréville, Laxou, près Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Hansen (M.D.), M. de S. d'Ettelbruck (Luxembourg).
Pr Hesnard, Littoral F.-Mistral, Mourillon, Toulon (Var).
Dr Heuyer (M.H.), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (7e).
Dr Hoven (H.) (M.D.), Asile de Mons (Belgique).
Dr Hugues, Asile de Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).
Dr Hyvert (M.C.), Asile de Dury-les-Amiens (Somme).

Dr Jude (Médecin-Général), 48, rue de Lodi, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Kapsalas, Kifissia par Athènes (Grèce).
Dr Knud Winther, Frimodtsvej 3, Kobenhague-Hellerup (Danemark).

Pr Ladame, Asile de Bel-Air, Genève (Suisse).
Pr Laignel-Lavastine, 12 *bis*, Place de Laborde, Paris (8e).
Dr Larrivé, 192 *bis*, route de Vienne, Lyon (Rhône).
Dr Lassale, Médecin-Directeur, Asile St-Lizier (Ariège).
Dr Lauzier (M.C.), Asile de Clermont (Oise).
Pr Leclercq, 227, boulevard de la Liberté, Lille (Nord).
Dr Léculier, Asile de Begard (Côtes-du-Nord).
Pr Le Grand, 243, rue Nationale, Lille (Nord).
Dr Leroy (A.), Médecin-Chef des Hospices, 18, rue Beeckmann, Liége (Belgique).
Dr Le Roy des Barres, Maison de Santé, Epinay-sur-Seine (Seine).
Pr Lévi-Bianchini (M.D.), Asile Nocera Inferiore, Salerno (Italie).
Dr Lévy-Valensi, Médecin des Hôpitaux, 37, avenue Victor-Hugo, Paris.
Pr Ley (A.), avenue du Prince-d'Orange, 200, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).
Dr Ley (J.), 28, Chaussée de Dieleghem, Jette (Belgique).
Dr Ley (R.), 10, avenue de la Ramée, Uccle-les-Bruxelles (Belgique).

Dr Maillard (G.), 2, rue Dispan, L'Hay-les-Roses (Seine).
Dr Magnand, Asile de Saint-Dizier (Hte-Marne).

Dr Marchand, 47, rue Falguière, Paris.
Dr Martel (Th. de), 18, rue Weber, Paris (16e).
Dr Martin-Sisteron, 14, boulevard Edouard-Rey, Grenoble (Isère).
Dr Martimor (E.) (M.C.), Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.).
Dr Masquin, 10, rue Annamelle, Avignon (Vaucluse).
Dr Massot, Médecin-Chef, Asile Ste-Madeleine, Bourg (Ain).
Dr Maupaté, 9, Quai des Dominicains, Douai (Nord).
Dr Médakovitch, Chef de Laboratoire, Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Meignant, 8, rue St-Lambert, Nancy (Meurthe-et-Moselle).
Dr Menuau (M.C.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Dr Mestrallet (A.), Médecin-Chef, Maison de Santé Saint-Jean-de-Dieu, 25, quai Claude-Bernard, Lyon (Rhône).
Dr Meuriot, Médecin-Directeur, Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise).
Dr Miranda (H. de), 44, rue Général-Galliéni, Viroflay (Seine-et-Oise).
Dr Molin de Teyssieu, 14, rue Blanc-Dutrouilh, Bordeaux (Gironde).
Dr de Montet, Mont-Pèlerin, Corseaux, Vevey (Suisse).
Dr Morat, 10, rue Coutureau, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
Dr Moreau, 15. rue des Augustins, Liége (Belgique).
Dr Morel (Mlle), Asile de Quatre-Mares, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).
Dr Mouchette, Médecin-Chef, Asile d'aliénés, 108, rue de Paris, Rennes (Ille-et-Vilaine).

Pr Nayrac (P.), 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Nève, à Lessines (Belgique).
Dr Noyer (M.C.), Asile de Naugeat, Limoges (Haute-Vienne).

Dr Olivier, 34, avenue Maunoury, Blois (Loir-et-Cher).
Dr Ollivier, Asile de Lehon, près Dinan (Côtes-du-Nord).

Dr Pactet, Médecin honoraire des Asiles de la Seine, Pavillon Colbert, Châtenay (Seine).
Dr Parant, Médecin-Directeur, Maison St-Loup, par Saint-Géniès (Haute-Garonne).
Dr Paul-Boncour, 164, Faubourg St-Honoré, Paris (8e).
Dr Pellissier, 41, boulevard Longchamp, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Perret, Médecin-Directeur, Vauclaire, par Montpont-sur-l'Isle (Dordogne).

Dr Péron (N.), Médecin des Hôpitaux, 10, quai Galliéni, Suresnes (Seine).
Dr Perrussel (M.C.), Asile Saint-Pierre, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Petit (G.), 160, rue de Paris, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).
Dr Peyre, Médecin-Commandant, 3, rue Régis, Paris.
Dr Picard (M.D.), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir).
Dr Porc'her (Y.), (M.C.), Asile de Villejuif (Seine).
Pr Porot, 29, rue Mogador, Alger (Algérie).
Dr Poursines, Professeur, Faculté de Médecine de Beyrouth (Syrie).
Dr Prince, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Pr Raviart, 91, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Renaux (M.C.), Asile Ste-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr Repond (A.), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Robert, 37, rue Rouget-de-l'Isle, Auch (Gers).
Pr Rodriguez-Arias, Via Augusta, Letra R., Barcelone (Espagne).
Pr Roger (H.), 66, boulevard Notre-Dame, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Rondepierre, Médecin-Directeur, Asile de Fains-les-Sources (Meuse).
Dr Rougean, 12, rue Dagobert, Saint-Lô (Manche).
Dr Ruyssen Fils, 29, rue Maréchal-Pétain, Dunkerque (Nord).

Dr Salomon, Médecin-Directeur, Asile de Lesvellec, près Vannes (Morbihan).
Dr Santenoise (Ach.), Asile de Ste-Ylie, près Dôle (Jura).
Dr de Saussure, 2, Tertasse, Genève (Suisse).
Dr Schutzenberger, Médecin-Chef, Asile de Blois (Loir-et-Cher).
Dr Sizaret (M.D.), Asile de Mayenne (Mayenne).
Dr Schmite, 28, rue de Turin, Paris.

Dr Targowla, 169, rue de l'Université, Paris (7e).
Dr Tarrius (J.), 22, avenue Junot, Paris (18e).
Dr Titeca (J.), 28, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles (Belgique).
Dr Tournay, 58, rue de Vaugirard, Paris (6e).
Dr Trivas (M.C.), Asile de la Providence, Niort (Deux-Sèvres).

Dr Vandervelde (Mme Jeanne), Résidence Palace, 38 *bis*, rue de la Loi, Bruxelles (Belgique).
Dr Vernet (G.) (M.D.), Asile de Beauregard, près Bourges (Cher).
Pr Vermeylen, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles (Belgique).

Dr Verstraeten, Asile de Caritas, Melle-lez-Gand (Belgique).
Dr Vervaeck (P.), 35, rue Verhulst, Uccle-Bruxelles (Belgique).
Dr Viallefont, 4, Passage Sonjon, Montpellier (Hérault).
Dr Vidal (J.), 2, rue Stanislas-Digeon, Montpellier (Hérault).
Dr Vié, Colonie d'Ainay-le-Château (Allier).
Dr Vieux, Divonne-les-Bains (Ain).
Dr Vignaud, 4, avenue d'Orléans, Paris.
Dr Vullien, 93, rue d'Esquermes, Lille (Nord).
Dr Vurpas, 161, rue de Charonne, Paris.

MEMBRES ADHÉRENTS A LA 39e SESSION

Dr Abély (Xavier) (M.C.), Asile de Villejuif (Seine).
Dr Albane, Médecin de la Maison de Santé, Clermont (Oise).
Dr Alliez, La Mezenode, St-Loup, Marseille (Bouches-du-Rhône).
Dr Albes (M.C.), Asile de Châlons-sur-Marne (Marne).
Dr Andersen (Charles), Anvers (Belgique).
Dr Aubry (Paul), Interne à l'Asile de Maréville, Nancy (M.-et-M.).
Dr Aubry (M.C.), Asile de Maréville, Nancy (M.-et-M.).
Dr Audet, 200, rue Franz-Mergey, Bruxelles (Belgique).
Dr Aymès, 3, rue St-Dominique, Marseille (Bouches-du-Rhône).

Dr Babonneix (M.H.), 50, avenue de Saxe, Paris (15e).
Dr Bahia (Junior), Hôpital Conde Ferreira, rue Costa Cabral, 1218, Porto (Portugal).
Dr Baruk (J.) (M.D.), Maison de Santé, Ste-Gemmes (Maine-et-Loire).
Dr Beaudoin (M.C.), Asile de Maréville, Laxou (M.-et-M.).
Pr Besse, 6, Chemin du Châtelet, Genève (Suisse).
Pr Bing, Wallstrasse, 1, Bâle (Suisse).
Dr Block (de), boulevard Pierre-Orbau, 23, Liége (Belgique).
Dr Borremans, Asile de Mortsel, près Anvers (Belgique).
Pr Cdt Boschi, Via Volsapalesso, 11, Ferrara (Italie).
Dr Biot, 13, rue Jarente, Lyon (Rhône).
Pr Bremer, 9, rue Verheyden, Ixelles, Bruxelles (Belgique).
Dr Busschaert, 11, avenue des Moines, Gand (Belgique).
Dr Bourrat, 39, Cours Gambetta, Lyon (Rhône).

Dr Callewaert, 36, rue de l'Aqueduc, Bruxelles (Belgique).
Dr Calmels, 20, avenue des Gobelins, Paris.

Dr Caron, Chef de Clinique, 6, rue Sarrette, Paris (14e).
M. Chartier (Joseph), 21, boulevard Delessert, Paris (16e).
Dr Cart (J.-S.), L'Ermitage, La Tour de Peitz, Vaud (Suisse).
Dr Cenac, 3, rue Coëtlogon, Paris (6e).
Dr Coenen, Zennwarts Haarlem (Hollande).
Dr Christy, 2, Place du Gué-de-Maulny, Le Mans (Sarthe).
Me Charpentier (Clément), 20, rue Ernest-Cresson, Paris (14e).
Dr Codet (H.), 10, rue de l'Odéon, Paris (6e).
Dr Cornu (M.C.), Asile de Bassens près Chambéry (Savoie).
Dr Cullerre (Elisabeth) (M.C.), Asile de Maréville, Nancy (M.-et-M.).

Dr Damidot, Seurre (Côte-d'Or).
Dr Danjean (M.C.), Asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône).
M. Delaitre, Conseiller d'Etat, 9, rue de la Condamine, Paris (17e).
Pr del Greco (Francesco), Ospédale Psychiatro, Aquila (Italie).
Dr Dellaert, Italiëlei, 52, Anvers (Belgique).
Pr Delmas-Marsalet (M.H.), 79, Cours Aristide-Briand, Bordeaux (Gironde).
Dr Dereux (J.), 61, rue Royale, Lille (Nord).
Dr Dide (M.D.), Asile de Braqueville, Toulouse (Hte-Garonne).
Pr d'Hollander, 86, rue Vital-Decoster, Louvain (Belgique).
Dr Ducoudray, 35, avenue Gambetta, Albi (Tarn).

Dr Ferras-Alvim (James), Caixa Postal 1758, São-Paulo (Brésil).
Pr Ferrio (Carlo), Via Amedeo Peyron, 38, Torino 117 (Italie).
Dr Feyeux (Mlle), 40, rue Victor-Hugo, Lyon (Rhône).
Dr Folly, 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne).

Dr Gardes (M.C.), Asile de Cadillac (Gironde).
Dr Gassiot (M.C.), Asile St-Yon, St-Etienne-du-Rouvray (Seine-Inf.).
Dr Gauthier, Prof. Agrégé au Val-de-Grâce, 120, rue de la Pompe, Paris (16e).
M. Gevaudan, Dr de l'Asile de Dury-les-Amiens (Somme).
Dr Goemans (A.), Médecin du S.A.P., Merxplas (Belgique).
Dr Grimbert, 11, rue Duroc, Paris (7e).
Dr Groeneveld (J.), Luykeustr. 48, Amsterdam (Hollande).
Dr Guichard (M.C.), Asile St-Pons, Nice (Alpes-Maritimes).

Dr Halberstadt (M.D.), Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
Dr Hartenberg, 64, rue de Monceau, Paris.
Dr d'Heucqueville (M.C.), Asile de Bailleul (Nord).

Dr Izac (M.C.), Asile de Montfavet (Vaucluse).

Dr Jabouille (M.C.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Dr Koller (A.), Directeur Maison de Santé Préfarguier, Neuchâtel (Suisse).

Dr Lopez Gomez (Léopold), Caso 5, Saragosse (Espagne).
Dr Leclercq, Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Leconte, Interne des Asiles, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Le Guillant (M.D.), Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Dr Leulier (M.D.), Villa des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
Dr Loewenstein, 127, avenue de Versailles, Paris (16e).
Dr Le Savoureux, Vallée aux Loups, Chatenay-Malabry (Seine).
Dr Lôo (M.C.), Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre).
Dr Loup (M.D.), Asile de Breuty-la-Couronne (Charente).
Dr Ludwig-Biswanger, Sana Bellevue, Kreuzbugen (Suisse).
Dr Liekens, 124, rue du Pas, Gheel (Belgique).

Dr Mage, 159, rue Antoine-Bréart, Bruxelles (Belgique).
Dr Mans (M.C.), Asile de Leyme (Lot).
Dr Massaut (M.D.), Colonie Provinciale de Lierneux (Belgique).
Pr Mazhar Osman, Akil Hastaliklari, Istambonl (Turquie).
Dr Meeussen, 134, Pas, Colonie de Gheel (Belgique).
Dr Merland (M.C.), Asile St-Pierre, Marseille (B.-du-R.).
Dr Mézie (M.D.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret).
Dr Morel, 26, Ch. de Grange-Falquet, Genève (Suisse).
Dr Morgenthaler, 17 Schanzeubergstr., Berne (Suisse).
Dr Morin, 11, rue Serpenoise, Metz (Moselle).
Dr Morsier (de), 8, rue Hôtel-de-Ville, Genève (Suisse).
Dr Muylle (G.) (M.C.), Asile de Selzarte (Belgique).

M. Nodet, Interne des Asiles, 15, boulevard Jourdan, Paris (14e).
Dr Nyssen, Longue rue Lozane 224, Anvers (Belgique).

Dr Oliviers (M.D.), Asile de Tournai (Belgique).

Dr Papon (M.C.), Asile de la Celette (Corrèze).
Dr Parcheminey, 92, avenue Niel, Paris.
Dr Pignède (M.C.), Asile de Clermont (Oise).
Pr Pisani, Dominice, Viale Universita, 30, Rome (Italie).
Pr Pommé, 18, avenue Berthelot, Lyon (Rhône).
Dr Privat de Fortunié (M.C.), Asile de Maréville, Nancy (M.-et-M.).
Pr Puusepp, Karlova 30, Tartu (Esthonie).

Dr Repond (M.) (Mme), Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais (Suisse).
Dr Rezaï, Asile de Bracqueville, Toulouse (Hte-Garonne).
Pr Rimbaud, 1, rue Levat, Montpellier (Hérault).
Dr Rouvroy, Clinique Psych. de l'Université Lovenjoul, Louvain (Belgique).
Dr Rochaix (M.C.), Asile de Bron (Rhône).
Dr Rouquier, Méd.-Cdt, 5, rue Lyautey, Nancy (M.-et-M.).
M. Rozencweig, Interne Asile de Mont-de-Marsan (Landes).
Dr Ross (Donald), Medical Superintendent Mental Hospital Lochgilphead (Angleterre).
Dr Rubens (Tony), Lede (Belgique).

Dr Sano (M.D.), Colonie de Gheel (Belgique).
Pr Sebek (Jean), Vilimovska 2, Prague (Tchécoslovaquie).
Dr Schoennagel (M.C.), Asile de St-Venant (Pas-de-Calais).
Dr Segers, 4, rue de l'Eglise, Lokeren (Belgique).
M. Sepassy, Etudiant, 7, Impasse St-Alban, Lyon (Rhône).
Dr Sengès (M.D.), Asile de Moisselles (Seine-et-Oise).
Dr Simon (Th.), Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).
Dr Singeisen, 17, Schanzenbergstr., Berne (Suisse).
Dr Sizaret (M.D.), Asile de Lorquin (Moselle).
Dr Stanesco, 10, Deparateanu, Bucarest (Roumanie).
Dr Subirana, Mallorca 270 Pral, Barcelona (Espagne).
Dr Schrijvers, 155, rue du Pas, Gheel (Belgique).
Dr Schiff, 14, rue César-Franck, Paris.
Dr Sükrü-Aksel, Université d'Istamboul (Turquie).
Dr Smedt (de), (M.C.), Asile St-Nicolas, Waes (Belgique).

Dr Thomas (André), 28, rue Marbeuf, Paris (8e).
Dr Titeca (Raoul), 28, Chaussée de Dieleghem Jette, Bruxelles (Belgique).
Dr Triqueneaux, 21, rue de France, Avesnes (Nord).
Dr Tarbouriech (M.C.), Asile d'Armentières (Nord).

Dr Van Looy, rue Stéphanie, Bruxelles (Belgique).
Dr Van Hirtum, Asile St-Servais, Namur (Belgique).
Me Valabrègue (Odette) (Mme), Avocat, 6, rue de la Croix, Avignon (Vaucluse).
Dr Valence (M.D.), Maison de Santé Ste-Eugène, Alger (Algérie).
Pr Van der Scheer, Université de Groningen (Hollande).
Dr Vanacker, Hospice Guislain, Gent (Belgique).
M. Vetel, Directeur-Adjoint, Préfecture Police, 2, quai du Marché-Neuf, Paris.
Dr Vervaeck (L.), 35, rue Verhulst, Uccle (Belgique).

Dr Villard (M.C.), 8, rue Ed.-Grimaux, Poitiers (Vienne).
Dr Van Gehuchten, 43, avenue de la Couronne, Bruxelles (Belgique).

Pr Wolfsohn (Julien), 490, Post Street, San Francisco (Californie).

MEMBRES ASSOCIÉS A LA 39e SESSION

Mme Alexander.
Mme Audet.
Mme Aubry.

Mme Bargues.
Mme Barré.
Mme Bersot.
Mme Boulanger.
Mme Bourrat.
Mlle Boutonier.
Mme Boven.
Mme Bussard.
Mlle Bussard (C.).
M. Bussard (P.).

Mme Calmels.
Mme René Charpentier.
Mlle Chauvin (Odette).
Mme Christy.
Mme Codet (H.).
Mme Collet.
Mme Combemale.
Mme Cornu.
Mlle Cornu.
Mme Courbon.
Mme Cruchet.

Mme Danjean.
Mlle Dambies.
Mme Dechaume.
Mme de Craene.
Mme Delaitre.
Mme Delmas-Marsalet.
Mme Dide.
Mme Dide (H.).
M. Dide (H.).
Mme Ducoudray.

Mme Elysio de Moura.
Mlle Euzière.

Mme Fail.
Mme de Fischer.
Mme Flournoy.
Mme Foulon.
Mme Froment.

Mme Gardien.
Mme Gassiot.
Mme Gilles.
Mlle Guillier (M.).
Mme Guiraud.
Mme Grimbert.

Mme Hamel.
M. Hamel.
Mme d'Hollander.
Mme Hyvert.

Mme Izac.

Mme Jabouille.
Mlle Jourd'heuil.

Mme Larrivé.
Mme Leulier.
Mlle Leulier.
M. Leulier.
Mme Lévi-Bianchini (R.).
Mme Lévi-Bianchini.

M. Mangolte (P.).
Mme Martin-Sisteron.
Mme Masquin (Pierre).
Mme Meeussen.
Mme Meignant.
Mme Meuriot.
Mme Mézie.
Mme Moreau.
Mlle Maupaté (Suzanne).
Mlle Maupaté (Marie-Thérèse).
Mme Morin.
Mme Morel.
Mme Morgenthaler.
Mme de Morsier.

Mme Nayrac.
Mme Nourrissier.
Mme Nyssen.

Mme Olivier.

Mme Péron.
Mme Pignede.
Mme Porc'her.
Mme Poutou.
Mme Prince.

Mme Roger.
M. Roger (J.).
M. Roger (A.).
Mme Ross.
Mme Rougean.
Mme Rouquier.
Mme Ruyssen.
Mlle Ruyssen (N.).
M. Ruyssen (A.).

M. Serruys.
Mme Schoennagel.
Mme Sengès.
Mme Singeisen.
Mlle Sosset (M.).
Mme Stanesco.
Mme Subirana.

M. Titeca (André).
Mme Titeca (Denise).
Mme Titeca (Hélène).
Mlle Triqueneaux (M.).

Mme Valence.
Mme Van der Scheer.
Mlle Van der Scheer (T.).
M. Van der Scheer (P.).
Mme Vermeylen.
Mme Verstraeten.
Mme Vidal.
Mme Vié.

Mlle Wanda de Muth.

Mlle Zahar.

ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS

ARIÈGE. — Asile de St-Lizier.
ALLIER. — Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.
ALLIER. — Asile d'Aliénés d'Yzeure.
CHER. — Asile de Chezal-Benoît.
CHER. — Asile de Dun-sur-Auron.
CHER. — Asile de Beauregard près Bourges.
CÔTE-D'OR. — Asile de la Chartreuse, Dijon.
CÔTES-DU-NORD. — Asile de Bégard.
EURE. — Asile de Navarre, Evreux.
FINISTÈRE. — Asile de Quimper.
GERS. — Asile d'Aliénés, Auch.
JURA. — Asile Ste-Ylie près Dôle.
LOIR-ET-CHER. — Asile de Blois.
LOIRET. — Asile de Fleury-les-Aubrais.
LOZÈRE. — Asile de St-Alban.
MEURTHE-ET-MOSELLE. — Asile de Maréville près Nancy.
MORBIHAN. — Asile de Lesvellec près Vannes.
NIÈVRE. — Asile de La Charité-sur-Loire.
NORD. — Asile d'Aliénés d'Armentières.
NORD. — Asile de Bailleul.
BASSES-PYRÉNÉES. — Asile St-Luc, Pau.
HAUT-RHIN. — Asile de Rouffach.
RHÔNE. — Asile de Bron, Lyon.
SEINE. — Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris.
SEINE. — Asile de Villejuif.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Vaucluse par Epinay-sur-Orge.
SEINE-ET-OISE. — Asile de Maison-Blanche par Neuilly-sur-Marne
SEINE-ET-OISE. — Asile de Moisselles.
TARN. — Mme la Supérieure de l'Asile du Bon-Sauveur, Albi.
VAUCLUSE. — Asile de Montdevergues.
OISE. — Maison de Santé de Clermont-de-l'Oise.
SARTHE. — Asile du Mans.

ALGÉRIE. — Hôpital Psychiatrique, Blida-Joinville.

BELGIQUE. — Asile d'Aliénés d'Etat de Mons.

SÉANCE INAUGURALE

SÉANCE INAUGURALE DU 22 JUILLET

La séance solennelle d'ouverture de la XXXIXe session a eu lieu, le 22 juillet 1935, à 10 heures, dans le grand Hall des cérémonies de l'Université libre de Bruxelles, sous la présidence de M. Vandervelde, *Ministre d'Etat, vice-président du Conseil des Ministres.*

Sur l'estrade avaient pris place M. le Président Vandervelde ; *M.* Bogaert, *recteur de l'Université libre ; M. le Professeur* Héger-Gilbert, *et le Bureau de la XXXIX*[e] *session.*

Dans l'assistance, très nombreuse, l'on remarquait : Son Excellence M. Laroche, *Ambassadeur de France, M.* Poll, *Directeur général au Ministère de la Justice, M. le* Doyen, *et de nombreux* professeurs *de la Faculté de médecine de Bruxelles.*

M. le Président Vandervelde, après avoir prononcé un admirable discours, déclara ouverte la XXXIX[e] *session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française et donna la parole aux délégués officiels, puis au Docteur* De Craene, *président belge de la XXXIX*[e] *session. Enfin le Docteur René* Charpentier, *président du Congrès, prononce le discours d'usage.*

Allocution de M. E. Vandervelde,
Vice-Président du Conseil des Ministres

Excellence,
Mesdames, Messieurs,

Le Ministre de la Justice, en Belgique, n'est pas seulement le Ministre des délinquants ; c'est aussi le Ministre des Aliénés. Son contrôle s'exerce, à la fois, sur les prisons et sur les asiles. Entre ces deux catégories d'établissements, la ligne de démarcation, jadis, était nettement tranchée. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Entre la prison pour criminels et l'asile pour aliénés, on trouve, en nombre croissant, toute une série d'intermédiaires : la prison pour épileptiques ou débiles mentaux ; la prison-école pour jeunes délinquants ; l'annexe psychiatrique ; les quartiers dits de défense sociale, dont les uns sont installés dans des prisons, comme à Forest (Bruxelles), et les autres dans des asiles, comme à Mons et Tournai. Cette différenciation, d'ailleurs, n'existe pas seulement dans les institutions, elle correspond, depuis la loi de défense sociale du 9 avril 1930, à une différenciation légale. Entre le domaine du crime et le domaine de la folie, il y a désormais une sorte de *no man's land*, une zone intermédiaire : celle des anormaux, des demi-fous ou des trois quarts de fous, qui, sans être dans un état de démence totale, se trouvent dans un état grave de débilité ou de déséquilibre mental.

Cette loi de 1930, sur les délinquants anormaux, est, comme bien d'autres lois belges, une loi de transaction et de compromis. Elle institue un moyen terme entre le Code pénal français, qui, en attendant une révision prochaine, reste fondé sur le principe classique de la *responsabilité morale*, et le Code pénal soviétique de 1927, qui, franchement déterministe et matérialiste, se fonde tout entier sur le seul principe de la *responsabilité légale.*

Le législateur belge, lui, délibérément éclectique, a laissé subsister, pour ce qui concerne les normaux ou soi-disant tels, les principes de l'ancien Code ; mais, s'inspirant des doctrines de l'Ecole italienne et s'appuyant sur les savantes recherches du Docteur Vervaeck, qui estime à 75 % la proportion des

anormaux dans la population des prisons, il a admis, entre les déments proprement dits, totalement irresponsables, et les délinquants déclarés responsables, une catégorie intermédiaire d'anormaux, de déséquilibrés, de déficients, qui peuvent, dans les cas suffisamment graves, être mis hors la sphère du Code pénal, pour être, dans un but de défense ou de thérapeutique, placés dans des asiles, dans des établissements spéciaux.

Il ne faut pas se dissimuler, au surplus, que la loi dite de défense sociale, est loin encore d'être complète et parfaite. Elle n'est pas complète parce que, pour faire la part du feu, ses promoteurs, tous les Ministres de la Justice depuis 1920, ont été contraints d'en distraire le chapitre relatif aux délinquants mineurs de plus de 16 ans et au régime de l'internement dans les prisons-écoles.

Elle réclame, d'autre part, une sérieuse mise au point, à la fois dans son texte, que M. l'Avocat général Léon Cornil soumettait hier encore à de justes critiques et, aussi, plus encore peut-être, dans la manière de l'interpréter et de l'appliquer.

Parmi ceux qui, après moins de trois années d'application, demandent qu'on la révise, il y a deux catégories d'adversaires : les uns la trouvent trop clémente ; les autres trop rigoureuse.

Dans un procès criminel récent, qui a fait sensation à Paris, autant qu'à Bruxelles, un des avocats, plaidant pour l'un des accusés, et réclamant pour lui le bénéfice de la loi de 1930, s'écriait : « Sera-t-il dit que la loi de défense sociale n'est faite que pour les notaires ? » Entendu, les notaires bien apparentés, et, d'une manière générale, les fils de famille que, sous prétexte d'anormalité, l'on dispenserait de la prison pour les envoyer faire un bref séjour dans une maison de santé. Mais c'est affaire à la conscience des magistrats et au contrôle de l'opinion de parer à ces abus d'indulgence, également possibles d'ailleurs avec les lois de sursis et de libération conditionnelle.

Ce qui provoque, de la part du gros public, bien autrement d'inquiétudes, c'est la crainte qu'à l'égard des pauvres gens la loi aboutisse, au contraire, à des excès de sévérité.

L'homme dans la rue comprend malaisement que, pour une infraction fort peu grave en elle-même et qui, sous le régime ancien comportait au plus, une peine de quelques jours de prison, un délinquant, parce qu'il est anormal, parce que, de

ce fait, il constitue un danger pour lui-même et pour les autres, parce que d'autre part, il a besoin d'être soigné et, si possible, guéri, puisse être pour un long terme, pratiquement indéfini, interné et retenu dans un quartier de défense sociale.

Il est bien vrai que la loi nouvelle a multiplié, en faveur des internés, les garanties contre tout arbitraire et contre tout abus.

Mais, à parler franchement, j'ai la conviction que les critiques et les préventions populaires contre le régime de la loi de 1930 subsisteront aussi longtemps que, non seulement dans les textes, mais dans les faits, la distinction ne sautera pas aux yeux, entre la prison, où l'on subit des peines, et l'asile, le quartier de défense sociale, où, si l'internement peut être plus long, le régime doit être et est d'ailleurs effectivement, moins rigoureux.

Or, à l'heure actuelle, la distinction entre les deux reste fort loin d'être assez apparente. C'est dans une large mesure (je veux insister sur ce point) une question de locaux. Faute de disposer de tous les établissements spéciaux qu'il faudrait, on a utilisé les anciens cellulaires, on a installé les nouveaux quartiers entre les murs des vieilles prisons, et, pour le visiteur non averti, il reste bien difficile, au premier abord, d'apercevoir, à la prison de Forest par exemple, la différence entre les détenus de droit commun et les internés, soumis à un régime moins rude, de la défense sociale.

Aussi, je serais tenté de dire, qu'aujourd'hui, la plus importante réforme qui reste à réaliser en Belgique, dans le domaine pénitentiaire et psychiatrique, c'est *la réforme des locaux, la réforme des bâtiments.*

Il faut avoir, comme je l'ai fait jadis, mis la main à la pâte, pour mesurer les obstacles que la seule disposition matérielle des prisons oppose aux applications des formules nouvelles. Comment installer, par exemple, des ateliers collectifs suffisamment vastes, ou bien, organiser pour des jeunes détenus ou pour des internés de la défense sociale, un régime de plein air et de travail agricole, si l'on ne dispose, pour les internés comme pour les détenus, que de prisons établies à l'étroit, et sans extensions possibles, dans des agglomérations urbaines ?

Dès l'instant où, depuis Jules Lejeune, on a créé des Colonies de bienfaisance, des Etablissements d'éducation, et, par la suite, des prisons ou des asiles modernisés, c'est en Campine, c'est dans les Ardennes, que, dans de vastes espaces libres, on

a pu faire du nouveau. Faudra-t-il longtemps encore pour que pareille réforme s'achève, qu'il n'y ait plus, au chef-lieu des arrondissements judiciaires que des maisons d'arrêt et que, certaines prisons urbaines démolies, l'on procède — avec le prix de vente des terrains — à l'achat des domaines ruraux indispensables à la réalisation des réformes radicales ?

Je connais les objections. Je n'ignore pas les difficultés qui sont, avant tout, des difficultés d'ordre financier. Mais ces difficultés peuvent être vaincues. Ces objections — l'organisation des visites de la famille par exemple — peuvent être levées. Elles le seront d'autant plus vite et d'autant mieux qu'avec la collaboration de tous, l'œuvre commune sera développée et prolongée. C'est avec cet espoir que je déclare ouvert le Congrès international des aliénistes.

Allocution de M. le Professeur Porot

Délégué du Gouvernement Général de l'Algérie

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

Voici le troisième de nos Congrès auquel j'ai le plaisir d'assister dans cette capitale accueillante de la Belgique. L'impression que m'avait laissée votre réception, il y a vingt-cinq ans, était restée profondément gravée dans mon souvenir et je n'ai jamais manqué, depuis, de profiter des occasions qui m'étaient offertes de participer à vos travaux et de jouir de votre cordiale hospitalité, soit à nos réunions communes de langue française (comme en 1924 et en 1928), soit à vos Congrès locaux (Liége, Gand) auxquels j'ai eu la bonne fortune de pouvoir assister.

C'est vous dire avec quelle joie je remplis aujourd'hui la mission qui m'est confiée, cette année, de représenter officiellement le Gouvernement Général de l'Algérie à la XXXIX[e] Session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de Langue française et de vous apporter les vœux qu'il fait pour son succès.

Les obstacles et les distances se réduisent considérablement avec le cours des ans et les progrès de la civilisation.

Votre Congo belge, par la route de airs, régulière aujourd'hui, est à moins de 6 jours de Bruxelles. Nous nous retrouvons, à des milliers de kilomètres en Afrique comme en Europe, toujours voisins, penchés sur des problèmes économiques et sociaux de même nature, travaillant dans la même communion d'idées et de sentiments.

Il y a de quoi resserrer davantage encore de vieilles sympathies et, puisque nous sommes des travailleurs scientifiques, de quoi peut-être aussi, élargir le domaine de nos prospections et de nos investigations spéciales. La contribution coloniale a été considérable pour la pathologie en général ; elle a doté la neuro-psychiatrie de quelques chapitres nouveaux et je me souviens encore, à votre Congrès de 1910, des rapports connexes de Van Campenhout et de Lhermitte sur la Maladie du Sommeil et sur les Narcolepsies. Ces fléaux exotiques, nous ne les avons pas seulement combattus. N'avons-nous pas domestiqué quelques-uns d'entre eux, le paludisme, par exemple, pour le faire servir à la cure d'une de nos plus décevantes maladies, la paralysie générale ?

Les chantiers de la Neuro-Psychiatrie exotique sont largement ouverts sur bien des points déjà. Mais il reste encore à faire en ce domaine. Il y a toute une psychiatrie ethnique qui n'a guère été défrichée jusqu'à ce jour ; elle éclairerait peut-être bien des problèmes de la vie instinctive, des tempéraments et des comportements, — comme tant de maladies exotiques ont éclairé le déterminisme et la pathogénie des maladies infectieuses.

Ce n'est qu'une suggestion, mais digne, je crois, de retenir votre attention. Explorant le même sol, soumis aux mêmes méthodes et aux mêmes disciplines, la Belgique et la France marqueraient une fois de plus leur collaboration féconde.

En attendant la maturation de ces problèmes, laissez-moi vous renouveler — j'en ai la mission officielle — l'invitation qui vous avait été faite, l'an dernier, de venir tenir à Alger une de vos prochaines assises, au gré de vos convenances. L'Algérie vous montrera les réalisations, très avancées aujourd'hui, d'un programme d'Assistance mentale, longtemps différé, mais énergiquement appliqué par notre distingué Gouverneur Général, M. Jules Carde et son actif Directeur de la Santé publique, le Médecin-Inspecteur Général Lasnet.

Allocution de M. le Dr Donald Ross

au nom de la Royal Médico-psychological Association de Grande-Bretagne

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs.

J'ai l'honneur d'être chargé de vous apporter les meilleurs souhaits, les salutations et l'expression de l'amitié la plus chaleureuse et la plus respectueuse de la part de mes collègues de Grande-Bretagne.

Vous me permettrez de dire, en mon nom personnel, combien je suis heureux de me retrouver un fois de plus parmi vous et de pouvoir assister aux séances de votre Congrès.

Allocution du Dr Knud Winther,

Délégué des Sociétés danoises de Neurologie et de Psychiatrie

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs,

La Société danoise de Neurologie, dont j'ai l'honneur d'être le Président, et la Société danoise de Psychiatrie tiennent à vous apporter leurs vifs remerciements de l'invitation à se faire représenter à ce Congrès.

Nous connaissons, depuis longtemps, le haut niveau de ces Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes, nous estimons profondément les comptes rendus, mais, par nos collègues qui ont participé à vos réunions, nous avons aussi appris l'arrangement magnifique des Congrès, le sentiment cordial et joyeux qui y règne toujours et qui a fait que nos confrères danois gardent de ces assemblées un souvenir des plus agréables.

Les liens entre la Neurologie et la Psychiatrie franco-belges et danoises sont assez étroits. Nous nous sentons, au Danemark, en grande dette envers vous et nous avons eu le vif plaisir de voir, comme conférenciers, des neurologistes et aliénistes éminents qui nous ont apporté renouvellement et enrichissement.

De la part de mon pays et des Sociétés danoises de Neurologie et de Psychiatrie, je souhaite au Congrès le bonheur et le succès.

Allocution de M. le Professeur L. Puusepp

Délégué de l'Université de Tartu (Esthonie)

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Je suis ici représentant de l'Université de Tartu, pays qui parle esthonien ; mais si je prends part au Congrès de langue française, c'est que tous les pays choisissent une langue d'un grand pays pour leurs relations avec le monde.

Chez nous, le problème est très difficile, car que préférer : l'anglais, le français ou l'allemand ? On voit actuellement que la langue française l'emportera chez nous : nous avons en effet un Lycée français à Tollinne, l'Institut scientifique français à Tartu et, dans notre peuple, de plus en plus la langue française se répand.

Si je pense qu'aujourd'hui je n'ai pas tous les droits de prendre part à ce Congrès, je crois que, dans quelques années, mon successeur ou moi aura le droit de prendre part au Congrès de pays de langue française.

J'adresse les souhaits les plus chaleureux de notre Université au succès de votre Congrès pour le bien de l'humanité et à la gloire de la science française et belge.

Allocution de M. le Professeur H. Claude,

au nom des délégués des Ministères et Sociétés savantes de France

Monsieur le Président,
Mesdames,
Messieurs,

M. le Ministre de l'Education Nationale m'a confié l'honneur de le représenter pour apporter au XXXIX[e] Congrès des Neurologistes et des Aliénistes de France et des pays de langue

française, siégeant à Bruxelles, les vœux qu'il forme pour la brillante réussite de ses travaux.

Nous sommes, — il semblerait inutile de le rappeler, — toujours heureux en France de saisir toutes les occasions de nous retrouver avec nos collègues belges, afin d'évoquer, sur le terrain scientifique des idées génératrices de progrès. Les échanges de conférences de professeurs consacrés par un usage datant de plusieurs années, les journées médicales belges si assidûment suivies, la succession de nos Congrès en territoire belge, dont j'ai eu l'honneur de présider celui de 1928, prouvent surabondamment la constance de la collaboration scientifique de la Belgique et de la France avec une orientation d'esprit et de tendances, et un accord, qui méritent d'être soulignés.

Cette année, l'importance des questions que vous aurez à traiter doit retenir particulièrement l'attention, car elles décideront sans doute de l'attitude que, sur le terrain médical aussi bien que sociologique, nous serons inclinés à adopter par la confrontation des opinions émises par les rapporteurs des deux pays dont nous allons discuter les conclusions.

Il est enfin un devoir agréable pour nous, Français, de prendre part, en dehors de ces débats scientifiques, à la glorification du travail et de la pensée belge dont l'Exposition universelle de Bruxelles est la manifestation la plus éclatante. Je serai l'interprète de mes collègues français en applaudissant à son succès si justifié qui réjouit nos cœurs battant à l'unisson avec ceux de la nation belge.

Allocution

de M. le Professeur-Docteur W.-M. Van der Scheer

au nom des délégués de la Hollande

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Je me sens heureux de me trouver parmi vous. Malheureusement, j'ai été empêché d'assister à vos sessions des deux dernières années. Vous comprenez ma grande joie de pouvoir renouveler les liens d'amitié qui me lient à vous. La sphère intime de ces Congrès français m'a manqué trop longtemps.

Ma joie est plus forte parce que je me trouve à Bruxelles, la capitale de la Belgique, le pays qui est lié avec la Hollande par les mêmes points de culture et de science.

J'espère que le séjour en Hollande des enfants de la famille royale de Belgique sera le symbole d'une amitié indissoluble entre nos deux pays.

C'est au nom de la Faculté de Médecine de l'Université de Groningue, que je représente ici, et au nom de la Société néerlandaise de psychiatrie et de neurologie, que je vous apporte les meilleurs vœux pour la pleine réussite de votre Congrès.

Allocution de M. le Dr Hansen,

Délégué du gouvernement grand Ducal

Monsieur le Ministre,
Messieurs les Présidents,
Mesdames, Messieurs,

Au grand honneur que j'éprouve de pouvoir présenter comme délégué de mon pays, le Grand-Duché de Luxembourg, mes hommages et souhaits de prospérité à notre Assemblée, s'ajoute le plaisir de saluer dans cette cité amie une élite de savants éminents et de confrères dévoués à la science. Je suis heureux de pouvoir participer, tout comme les années précédentes, aux intéressants travaux de notre Congrès et d'assister aux séances où les problèmes multiples de la neuropsychiatrie sont exposés avec maîtrise et éloquence. Délégué d'un petit pays, ces réunions annuelles du Congrès me sont doublement précieuses : elles me permettent, en effet, de profiter des récents progrès de notre science réalisés d'une manière idéale en Belgique, surtout au point de vue de l'assistance familiale et de la réadaptation sociale des aliénés libérés. Ces Congrès me permettent, en outre, de reprendre contact avec de doctes et illustres confrères de nations plus importantes que le Luxembourg.

En désignant Bruxelles, ville familière aux voisins luxembourgeois, comme siège de la XXXIXe session du Congrès, on a fait un choix particulièrement heureux. Il offre aux congressistes l'occasion d'admirer avec la superbe capitale une exposition de caractère mondial pleinement réussie. Aussi cette

œuvre brillante nous met tous à même d'apprécier les résultats surprenants que la Belgique, grâce à son activité inlassable, a réalisé dans toutes les branches industrielles et commerciales et dans son essor colonial.

La place qu'elle occupe sur le marché international est une preuve éclatante qu'elle marche de pair avec les grandes nations, tant comme science que comme industrie. Pénétré des sentiments de réelle valeur de notre sympathique alliée, je demande à mes confrères ici réunis de se joindre à moi pour un cordial : « Vive la Belgique ».

Allocution du Professeur Elysio de Moura

Délégué de l'Université de Coïmbra (Portugal)

Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs,

C'est un honneur et un bonheur que je ressens tout particulièrement que de présenter encore une fois, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française, le salut respectueux de la plus antique Université du vieux « Portugal », l'Université de Coïmbra, fondée au XIIIe siècle.

En son nom, je salue aussi de tout cœur l'Université de Bruxelles et la vaillante, héroïque et fière nation belge, jalouse de ses libertés, foyer superbe d'amour au travail.

Fidèle à ses traditions d'art et ardemment progressive, la Belgique assemble la session de cette année, la XXXIXe en date, dans sa capitale, la vieille et charmante cité brabançonne, aux portes de laquelle vient d'être créée la nouvelle grande ville de l'Exposition, qui est l'éclatante démonstration de tout ce dont est capable le labeur méritoire et la vitalité créatrice d'un peuple qui a concouru si largement à améliorer les conditions matérielles et spirituelles de l'Humanité.

Le Portugal suit attentivement le développement incessant de la vie intellectuelle, scientifique, commerciale, industrielle, agricole, économique, philanthropique de la nation belge, qui, malgré son territoire et sa population restreinte, resserrée dans d'étroites limites, force l'admiration du monde par sa grandeur morale. Si, dans la carte de l'Europe, le Portugal et la

Belgique sont des pays éloignés l'un de l'autre, le Portugal est tout près de la Belgique par l'esprit et le cœur, et nous sommes les voisins les plus proches en Afrique occidentale, dans une extension de plusieurs centaines de kilomètres.

La Belgique est la sœur la plus jeune du Portugal dans l'histoire de la colonisation africaine, comme a bien voulu le dire M. le Ministre des Colonies, Paul Tichoffen, lors de sa visite à l'Exposition coloniale portugaise de 1934. Nous connaissons tous l'activité colonisatrice de la Belgique, grande et féconde pour le colonisateur et pour le colonisé, parce qu'elle a été pour celui-ci un affranchissement, et pour les Belges, une occasion propice d'épanouissement de ses richesses morales.

En ce qui concerne la valeur colonisatrice du Portugal, patrie des grands marins, « par des mers où nul navire ne s'était encore aventuré », qu'il me soit permis de vous rappeler ces mots récemment publiés par M. le Professeur Perroux, de l'Université de Lyon : « Nous sous-estimons l'importance réelle du Portugal et de son Empire. Je voudrais que tous les Français aient présente à la mémoire l'histoire glorieuse des colonies portugaises. »

Le Portugal, pays essentiellement agricole, est tout à fait au courant des résultats triomphants du travail acharné et éclairé des cultivateurs belges, qui savent exploiter au maximum même les terrains les plus pauvres, et qui ont porté la Belgique au premier rang des nations agricoles.

A cette séance inaugurale de la XXXIX[e] session du Congrès neuropsychiatrique, je me fais un devoir de dire que le Portugal doit prendre comme exemple ce que la Belgique a déjà fait ou est en train d'effectuer dans le domaine de la prophylaxie et de l'hygiène mentale, de l'éducation de l'enfance anormale et délinquante, de l'assistance psychiatrique, de la défense sociale. Le rôle d'initiatrice, joué par la Belgique dans ces questions d'une haute portée scientifique et d'un si grand intérêt pratique, de même que ses hardies réformes du Code pénal et de la Législation pénitentiaire, constituent un des plus valables titres de gloire de si noble et progressif pays.

Mesdames, Messieurs,

Malgré la distance qui sépare le Portugal de la Belgique, et nonobstant mon précaire état de santé, j'ai accepté avec empressement la flatteuse mission d'apporter à votre Congrès,

pour la huitième fois, les hommages déférents de mon Université. C'est, pour moi, une nécessité impérieuse que de reprendre contact périodiquement avec les éminents neuropsychiatres qui forment l'élite de ce Congrès.

Au moment où j'éprouve la joie de me retrouver auprès de vous dans cette magnifique ville, qui est vraiment un centre vers lequel toutes les nations de l'Europe peuvent tourner les yeux en matière de progrès médical, j'ai à cœur d'adresser un souvenir ému à la mémoire de ceux qui sont disparus pour toujours dans ces dernières années.

A M. le Président René Charpentier, qui a contribué, d'une façon inestimable, à accroître chaque année le prestige de ce Congrès, à l'affermir sur la bonne voie et qui a su le faire aimer ; à M. le D[r] René Charpentier, je viens offrir le témoignage de ma profonde admiration et de ma plus vive reconnaissance.

En sa personnalité et en celle de M. le D[r] Ernest de Craëne, qui partage si dignement avec lui la présidence de la session de 1935, je salue le génie novateur et prudent de la science neuro-psychiatrique des pays de langue française.

Que la réussite de cette session, qui va aborder, avec les chances les plus favorables, des sujets des plus actuels et attachants, dépasse toute espérance et signale une date d'ineffaçable souvenir dans les Annales de ce Congrès. C'est le vœu sincère du Portugal, et je suis extrêmement heureux de vous le transmettre.

Allocution du D[r] J. Stanesco,

Délégué de l'Institut de Médecine légale de Bucarest

Excellence,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

Chargé de vous apporter le salut de l'Institut de médecine légale de Bucarest et du Gouvernement roumain, je suis heureux et extrêmement ému, en vous exprimant les hommages bien cordiaux de mon pays, la Roumanie.

L'intérêt que nous portons aux Congrès scientifiques, comme celui des aliénistes et neurologistes, est à la fois d'or-

dre intellectuel et affectif, puisque sans tenir compte du rayonnement de science pure qui caractérise par excellence les pays de langue française, nous, les Roumains, sommes instinctivement attirés vers vous, car nous sommes de souche également latine, qui fait vibrer de la même manière et d'une même fraternité de race nos esprits et nos cœurs.

C'est pour ces raisons que je vous apporte l'expression de notre gratitude, en souhaitant, au nom du Gouvernement roumain la découverte, par le progrès scientifique, des maladies nerveuses et mentales.

En même temps, je ne puis m'empêcher de répéter de tout cœur : « Vivent les congressistes, vivent les pays de langue française ! »

Allocution de M. le Dr Henri Flournoy,

Au nom des délégués des Sociétés suisses de Psychiatrie et de Neurologie

Monsieur le Ministre,
Messieurs les Présidents du Congrès,
Mesdames, Messieurs,

La Société suisse de Psychiatrie et la Société suisse de Neurologie ont la chance d'avoir chez les psychiatres et les neurologistes belges de fidèles amis ; plusieurs d'entre eux nous font l'honneur de venir souvent à nos réunions en Suisse et prennent part à nos travaux. Nous tenons beaucoup à cette amitié. C'est dire dans quel esprit les aliénistes et neurologistes suisses sont venus aujourd'hui en Belgique : pour resserrer les liens qui existent déjà, pour en créer de nouveau, pour s'instruire et voir sur place les magnifiques institutions scientifiques et sociales que vous avez développées dans votre pays, et qui font l'admiration des psychiatres étrangers. Nous sommes heureux d'être reçus dans cette belle ville de Bruxelles qui a conservé, malgré son caractère de grande capitale, un cachet très intime, et dont nous connaissons tous la souriante et généreuse hospitalité. Nous sommes émus de nous retrouver sur ce sol de Belgique — un nom qui évoque toujours l'idée d'une confiance héroïque et inébranlable devant la Destinée...

Mesdames et Messieurs,

Il y a de profondes affinités entre les Belges et les Suisses, de fortes raisons de compréhension et de sympathie réciproques. Nos deux petits pays se touchent par la pensée. Nous avons de nombreux points de contact. Je n'en veux citer qu'un : l'attachement commun que nous éprouvons les uns et les autres, avec une force égale, pour nos grands amis de France. Un Congrès français tel que celui-ci en est une preuve qui se renouvelle chaque année. L'année prochaine, vous voudrez bien venir chez nous ; car la Société suisse de Psychiatrie a formulé, il y a longtemps déjà, une invitation à votre adresse. Je ne vous cache pas qu'à mon avis — et je pense que vous serez tous de mon avis — cette invitation est irrésistible, d'autant plus que la Société suisse de Neurologie y a donné d'emblée son appui. En 1936, il y aura exactement dix ans que vous ne serez pas venus chez nous ! Il y a tout lieu de supposer qu'au bout d'une aussi longue période, les aliénistes et neurologistes français et belges auront de nouveau quelque nostalgie de nos lacs et de nos montagnes ! C'est donc pour aller au-devant de vos désirs que nous vous avons engagés à vous rendre chez nous l'année prochaine ! Nous nous efforcerons de vous recevoir le mieux que nous pourrons. Je vous prie donc instamment de donner une réponse favorable à notre invitation et de venir en Suisse en 1936 aussi nombreux et animés d'un enthousiasme aussi vif que celui qui nous réunit aujourd'hui en Belgique. C'est le vœu que j'ai été chargé de vous transmettre, en souhaitant à nos amis belges une brillante réussite — qui ne fait d'ailleurs aucun doute — pour le Congrès de Bruxelles !

Allocution de M. le Dr Sebek,

Au nom de la Faculté de Médecine de Prague

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous apporter les saluts les plus cordiaux de la Faculté de Médecine de l'Université tchèque de Prague et de mes collègues tchéco-slovaques.

La neurologie tchéco-slovaque reste toujours fidèle à sa mère française et les neurologistes de mon pays gardent toujours une admiration profonde pour le grand génie des savants éminents de la douce France.

Cette année, vous avez choisi pour la séance du Congrès cette magnifique et ancienne ville de Bruxelles, ville des grandes traditions et de la haute culture belge où se sont suivis des siècles de progrès.

Qu'il me soit permis de dire ici, devant les représentants les plus qualifiés de l'héroïque nation belge, que nous n'avons jamais cessé d'aimer leur pays, son peuple et sa grande mission culturelle. Nous sommes heureux de pouvoir rester unis à vous par les liens d'une amitié fervente et profonde malgré l'inquiétude actuelle des temps, amitié qui, je l'espère, durera toujours. *Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque eveniat.*

Allocution de M. le Professeur Mazhar Osman

au nom des Ministères de l'Education Nationale et de l'hygiène et assistance sociale de la République turque

Très honorables,
Monsieur le Ministre,
Monsieur le Président,
Messieurs les Membres du Bureau,
Messieurs,

Dans ce Proche-Orient où la belle langue française est autant répandue que les langues maternelles de la Turquie, mon pays, qui vous affectionne, vous estime et qui lorsqu'on dit Europe ne reconnaît que vous, n'a d'autres idées que vous, j'ai le très grand honneur de présenter les saluts et les respectueux hommages.

La nation turque est parmi les plus grandes et les plus anciennes nations. Constructrice et créatrice d'état et de civilisation, ayant eu des rôles déterminants dans les grands tournants de l'histoire, la nation turque qui créa la nouvelle Turquie, la Turquie de Kamal Ataturk, vous l'estimerez, vous estimerez comment elle est née, comment elle s'est raffermie et développée pendant ces dix dernières années.

Je suis heureux d'être l'interprète des hauts sentiments de

mon pays qui, assoiffé de progrès et de civilisation, n'a d'autre but que de parcourir le plus rapidement possible la distance qui le sépare des autres nations qu'il considère comme étant un exemple de progrès, être leur égal dans le domaine des sciences et de la civilisation, de marcher de pair avec eux et qui pour cela a brisé d'un coup les chaînes du fanatisme, du régime et des traditions séculaires qui entravaient ses membres et qui lutte pour s'élever au niveau du plus fécond et plus heureux pays qu'est la Belgique.

Nous estimons la Belgique pour sa haute culture, sa civilisation, son extraordinaire progrès et, depuis des siècles, nous venons en Belgique et en France, pour faire notre profit de la science et de la civilisation. Mais devant l'abnégation et l'action sublime pendant la Grande Guerre, de la nation qui sait le mieux vivre, notre estime s'élève jusqu'à l'admiration fervente.

L'histoire n'oubliera jamais le geste héroïque de la nation belge et de son Roi, qui ont montré que tout en sachant le mieux profiter de la vie et de la paix, ils savaient, le cas échéant, défendre le patrimoine national et la patrie même contre un ennemi cent fois plus fort et cela jusqu'au bout.

On ne rencontre pas dans l'histoire de l'humanité une nation aussi haute de cœur, aussi noble, aussi parfaite.

C'est un grand honneur pour moi que de saluer avec respect dans la capitale de la Belgique alliée et amie fidèle de la grande France, qui fut notre grande amie et aide depuis des siècles, qui l'est encore plus aujourd'hui, mes éminents confrères et maîtres français. La France a été et est depuis toujours le maître de la Médecine turque. Ce sont des maîtres français qui créèrent notre Ecole de Médecine. Ce sont eux qui organisèrent et dirigèrent pendant des années nos Instituts de Microbiologie et Antirabique. Une grande partie de nos médecins, diplômés de l'Ecole Française de Médecine de Syrie sont parmi nos plus hautes personnalités. Mon grand ami, le Dr Tewfik Ruchdu Aras, Ministre des Affaires Etrangères, est un élève de l'Ecole de Médecine de Beyrouth.

L'un, parmi les meilleurs hôpitaux des maladies nerveuses et mentales de Turquie « l'Hôpital de la Paix » qui a 250 lits, fondé pendant la Guerre de Crimée par les Sœurs de Saint-Vincent de Paul, dirigé encore par la communauté des sœurs et dont je suis le médecin en chef, est un exemple de la culture française.

La chaire d'Anatomie de l'Université de Stamboul, fondée

par le gouvernement républicain qui concentre toute son attention et où je suis moi-même Ord. Pr. de Psychiatrie, est dirigée par un savant français M. Mouchet.

Toute la jeunesse turque profite aujourd'hui de la science et de la culture que les professeurs français et suisses qui occupent plusieurs chaires à l'Université, répandent sur le pays.

Beaucoup de jeunes en Turquie apprennent la langue française avant d'apprendre leur langue maternelle. Même dans des villages perdus de Turquie on rencontre des personnes qui parlent le français.

Autant la Suisse et la Belgique sont proches intimes à la France, autant pour un Turc la France, pour un Français la Turquie sont des secondes patries. Ces pays ne se considèrent pas comme étant étranger l'un à l'autre.

Nous sommes reconnaissants à la France, à la Belgique, à la Suisse qui ont instruit des milliers de nos jeunes. Les jeunes gens qui étudièrent dans ces pays sont parmi ceux qui sont à la tête de la République turque et des Affaires. Les œuvres en langue française sont celles que nous comprenons, que nous saisissons le mieux, sans le concours des traducteurs, des dictionnaires ou des intermédiaires.

Je vous remercie et vous suis reconnaissant pour l'amabilité et la patience que vous avez montrées à m'écouter en cette séance solennelle. Je suis chargé de porter les grands saluts du Ministère de l'Hygiène publique de la République turque ainsi que les respectueux hommages de l'Université de Stamboul et de la Société Neuro-Psychiatrique de Turquie, aux éminents maîtres des Universités de Belgique, fidèle amie de la France, dont nous souhaitons tous le bonheur, du fond de notre cœur.

Allocution de M. le Docteur De Craene

Président belge de la XXXIXe Session

Monsieur le Président,
Excellence,
Mesdames, Messieurs,

Mon premier devoir est d'exprimer à mes collègues, mes sentiments de profonde gratitude de m'avoir fait l'honneur de me désigner comme Président belge du XXXIXe Congrès des

médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.

Cet honneur, je suis pleinement conscient de ne l'avoir point mérité, mais il me touche profondément comme étant l'expression, à mon égard, de sentiments de bienveillance et d'amitié dont j'apprécie tout le charme et toute la valeur.

Monsieur l'Ambassadeur de la République française,

C'est pour nous une haute faveur et un encouragement précieux de saluer la présence parmi nous de votre Excellence. Vous avez bien voulu nous accorder votre patronage et, malgré les nombreux devoirs et les multiples soucis de votre charge, vous nous apportez, en assistant à notre séance inaugurale, une preuve nouvelle de l'intérêt que vous prenez aux problèmes intellectuels et moraux qui nous préoccupent. Pouvait-il en être autrement puisqu'à leur étude et à leur solution, la neurologie et la psychiatrie françaises, depuis Pinel et Esquirol jusqu'aux Maîtres actuels dont votre pays peut s'enorgueillir, n'ont cessé d'apporter une éclatante contribution.

Mesdames, Messieurs,

Les prérogatives de ma charge éphémère me donnent le privilège de souhaiter une particulière bienvenue au Président français de notre Congrès, mon cher et vieil ami René Charpentier et de lui dire au nom de tous mes collègues belges combien nous sommes heureux que ce soit dans notre pays qu'il ait à diriger les travaux de cette session.

A vous, mon cher ami, va la gratitude de tous ceux qui, depuis de longues années, participent à ces Congrès auxquels, par votre labeur incessant, vous avez conféré, sous l'égide de la langue et de la pensée françaises, un caractère de large et bienfaisant internationalisme.

Vos collègues et amis de France sont unanimes à louer vos qualités d'animateur et d'organisateur, votre inlassable patience, votre courtoisie jamais en défaut. Animés des mêmes sentiments que vos compatriotes, vos amis de l'étranger, répandus dans de si nombreux pays d'Europe et d'outremer y joignent une reconnaissance affectueuse pour tout ce que vous avez fait pour eux, pour votre délicate compréhen-

sion de leurs mentalités diverses, pour votre souci de donner pleine satisfaction à leurs aspirations particulières. C'est en leur nom à tous que je tiens en ce jour à vous remercier et à vous dire que, concrétisant dans votre action les qualités les plus aimables et les plus humaines de votre patrie, vous êtes de ceux qui en assurent le rayonnement et la font aimer davantage.

Messieurs les Délégués étrangers,

Vous montrez à nos Congrès une fidélité qui est une preuve tangible de leur action féconde, de leur nécessité. A chacune de nos sessions se tissent entre nous des liens plus étroits d'attachement et de mutuelle estime. Je forme le vœu que ces liens se resserrent encore dans l'avenir afin de faire de nous tous d'utiles artisans de la réconciliation des peuples.

Mes chers Amis,

Pendant les quelques jours où vont se dérouler nos travaux, je souhaite que vous soient rendus sensibles les sentiments de très cordiale sympathie qui sont dans tous nos cœurs.

Puissiez-vous, rentrés dans vos patries respectives et repris par votre labeur, ne garder qu'un heureux souvenir des heures passées au milieu d'un peuple de bonne volonté, simple, gardant foi en son avenir et vous rappeler que si notre affection s'exprime parfois avec quelque gaucherie, elle n'en est pas moins sincère, profonde et durable.

Discours inaugural
de M. le Docteur René CHARPENTIER
Président de la XXXIXe Session du Congrès

Monsieur le Président [1],
Excellence [2],
Monsieur le Recteur [3],
Mesdames,
Messieurs,

Mes premières paroles seront pour présenter à LL. MM. le Roi et la Reine des Belges les très respectueux remerciements de tous. Renouvelant une tradition qui nous est particulièrement chère, Leurs Majestés ont daigné accorder leur Haut-Patronage à la XXXIXe session de notre Congrès ; l'intérêt qu'Elles veulent bien porter à nos travaux est pour nous le plus précieux des encouragements.

Monsieur le Ministre [1],

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter de présider cette séance inaugurale et de faire partie du Comité d'Honneur du Congrès. Permettez-moi de vous exprimer notre respectueuse reconnaissance. Ce n'est pas la première fois qu'accompagnant l'une de nos très distinguées collègues vous honorez de votre présence le Congrès que vous voulez bien recevoir aujourd'hui.

A la reconnaissance de la psychiatrie médico-légale, vous avez, Monsieur le Président, acquis des titres imprescriptibles. C'est par votre action décisive qu'a pu prendre corps, sous ses

(1) M. Emile Vandervelde, Ministre d'Etat, Vice-Président du Conseil des Ministres, ancien Président du Conseil, ancien Ministre de la Justice.
(2) Son Exc. M. Laroche, Ambassadeur de la République française en Belgique.
(3) M. Edouard Bogaert, Recteur de l'Université libre de Bruxelles.

divers aspects, l'œuvre d'avant-garde préparée par des psychiatres et des criminalistes belges dont les noms sont ici sur toutes les lèvres et parmi lesquels il est impossible de ne pas citer M. l'Avocat général, Léon Cornil, le Dr Louis Vervaeck et le Professeur Auguste Ley : transformation des établissements pour malades mentaux, profonde modification du système pénitentiaire, individualisation des mesures de sûreté, qui ont précédé, accompagné et suivi le vote et l'application de la loi belge de Défense sociale. Si Pinel a fait tomber les chaînes des aliénés, si Magnan les a délivrés de leurs liens, l'œuvre à laquelle vous avez attaché votre nom a libéré des flétrissures des infirmes et des malades.

Tout en protégeant mieux la Société, vous avez assuré les droits de l'individu. Où l'on voyait un coupable à punir, vous avez fait comprendre et vous venez de redire très éloquemment qu'il y a un malade à soigner. Où Pinel et Magnan ont introduit plus de bonté, vous avez apporté plus de justice. La loi belge de Défense sociale restera l'une des grandes dates de l'histoire de la psychiatrie.

Nos remerciements respectueux adressés au Gouvernement belge qui a bien voulu nous inviter à tenir à Bruxelles cette XXXIXe session, et à tous les membres de notre Comité d'Honneur, iront en particulier à l'éminent jurisconsulte professeur à la Faculté de Droit et Ministre de la Justice : M. Soudan a bien voulu exprimer le regret de ne pouvoir assister à cette séance. Son département est représenté ici par M. Poll, Chef de Cabinet, Directeur général au Ministère de la Justice, toujours si accueillant aux psychiatres de tous les pays et qui a tant fait pour les progrès de l'assistance aux malades mentaux.

Nos remerciements iront encore à M. Adolphe Max, Ministre d'Etat, Bourgmestre de Bruxelles, que les écrasants devoirs de sa charge retiennent loin de nous.

Ils iront à MM. les Représentants du Corps Diplomatique, et à l'Université libre de Bruxelles dont M. le Président Paul Hymans, M. le Recteur Edouard Bogaert, M. l'Administrateur Fernand Héger et de nombreux professeurs veulent bien honorer de leur présence cette séance à laquelle ils offrent une magnifique hospitalité.

Enfin, après avoir remercié nos rapporteurs dont les savants exposés fourniront à vos discussions une base solide, vous me reprocheriez, Mes chers Collègues, de ne pas exprimer dès

maintenant notre affectueuse reconnaissance aux membres belges de notre Bureau, le président Ernest De Craene et le professeur Guy Vermeylen. Avec la collaboration de notre très dévoué secrétaire général permanent, le professeur Pierre Combemale, ils ont assuré à cette session une organisation impeccable. Grâce à des concours très généreusement accordés, ils ont réalisé, partout où nous irons, ce qui paraissait impossible.

Ernest De Craene sait quelle fut ma joie de le voir appelé, après Francotte, Crocq, Glorieux et Auguste Ley, à présider notre Congrès. Unis depuis de longues années déjà par une solide amitié, nous voici réunis dans une tâche commune.

Nombreux sont, dans cette assemblée, ceux qui, comme nous, partagent leur affection entre nos deux patries.

Mes chers Collègues,

Vous à qui je dois l'insigne honneur d'exprimer, à nos hôtes, notre immense gratitude de leur affectueuse et splendide hospitalité, laissez-moi vous remercier encore de m'avoir choisi pour occuper cette place. Pour succéder à des Maîtres vénérés, je n'eus d'autre titre que votre indulgente confiance. J'en ai plus besoin que jamais.

Obéissant à une tradition impérieuse, le président de notre Association doit traiter brièvement devant vous une question de son choix. Redoutable coutume, assurément respectable puisqu'elle nous valut naguère d'entendre des discours remarquables autant par leur éloquence et par la finesse de leur critique scientifique que par la profondeur de leurs vues originales. Il est, certes, peu adroit de ma part de rappeler en quels termes heureux mon prédécesseur immédiat, le Dr Lucien Lagriffe, nous a, l'an dernier, entretenus du mysticisme. Mais il me faut bien défendre une institution dont, cette année, vous êtes, avec moi, les victimes.

Au moment même où vous me faites la grâce de m'écouter, résonne en moi comme un remords une phrase de La Bruyère, qui se passerait fort bien de la démonstration d'aujourd'hui : « Il y a de certaines choses dont la médiocrité est insupportable : la musique, la peinture... et le discours public. » J'apprécie, vous le voyez, votre résignation à sa valeur, qui est exemplaire. Je sais ne pouvoir compter que sur votre généreuse bonté.

Jamais peut-être jusqu'à ce jour, il ne m'était apparu avec autant de netteté combien votre bonté est grande, combien surtout elle m'est nécessaire.

SUR LA BONTÉ

Quelle extraordinaire vertu est la Bonté ! Est-ce parce que la psychiatrie est une science de formation relativement récente ? Est-ce parce que l'exercice de la psychiatrie et son rôle de défense sociale attirent surtout l'attention sur les défauts et sur les vices ? Est-ce parce que le spectacle de la maladie, de la souffrance et de la mort, dirige avant tout notre esprit vers les misères à soulager, vers les laideurs à effacer ? Incontestablement, les psychiatres ont tendance à analyser les défauts et les vices plutôt que les qualités et les vertus. Lorsqu'ils s'occupent de la bonté, c'est, en général, pour étudier ses antonymes : la malice, la malignité, la méchanceté ou la perversité. C'est pour noter ses altérations plus que pour examiner ses manifestations.

Il m'apparaît pourtant que l'étude des qualités et des vertus est aussi féconde pour le psychiatre que l'analyse des défauts et des vices.

Est-il, en effet, plus grande énigme que la Vertu ? Voir ainsi la lutte pour la vie, le conflit des individus entre eux, et des espèces, leur effort acharné vers la durée à travers l'écrasement des faibles par les énergiques, être remplacés par le renoncement total de la personne, le sacrifice volontaire des intérêts les plus légitimes, l'immolation poussée parfois jusqu'à la mort et pour des motifs que ne justifie aucun intérêt, c'est, a dit Paul Bourget, un véritable miracle moral.

Si, comme le veut La Bruyère, tout l'esprit d'un auteur consiste à bien définir et à bien peindre, dirons-nous avec Platon que la vertu est la science du bien, caractérisée par l'harmonie, l'accord, l'équilibre qu'elle établit avec l'âme, qu'elle est l'imitation de Dieu ? Dirons-nous avec Aristote qu'elle est une habitude, l'habitude du juste milieu, avec Malebranche qu'elle est l'amour de l'ordre, avec Spinoza qu'elle est la puissance, l'effort que fait l'âme pour persévérer dans son être et pour l'accroître, ou bien, avec Kant, qu'elle est une obéissance aux commandements de la raison ? A moins qu'adoptant la

définition un peu large donnée par David Hume, vous n'entendiez sous le mot de « virtus » toute qualité agréable ou utile à nous-mêmes ou aux autres ?

Que vient faire ici la Médecine ? De quel secours seront ses disciplines ? Où s'exercera sa double mission de thérapeutique individuelle et de protection sociale ? Au contraire du vice, et loin de troubler l'ordre public, la vertu est, ainsi que l'a dit Paul Bourget, productrice d'énergie bienfaisante. Qui soutiendrait le contraire ? Il nous faudra pourtant rechercher si cet axiome optimiste ne comporte pas une part d'erreur.

Limitant volontairement et prudemment notre dessein, nous ne tenterons pas ici une introduction à la psycho-pathologie de la vertu. M. Paul Courbon, rappelant la phrase de Taine pour qui « la vertu et le vice sont des produits comme le sucre et le vitriol », a montré qu'il peut exister des vertus pathologiques. Nous n'aurons en vue ici que la plus socialement active des vertus, la bonté. Il n'y a qu'une vertu, écrivait Mme de Staël, c'est la bonté.

Dans l'avant-propos de la belle étude de psychologie morbide que vous connaissez tous, notre très distingué collègue Rogues de Fursac, traitant de l'avarice, exprimait cette idée que chacun a le droit d'aborder tous les problèmes, pourvu que ce soit par la face où ils lui sont accessibles et par les méthodes qui lui sont familières. Tel est bien notre projet. Mais le temps ne nous permettra pas d'envisager ici comme il conviendrait la séméiologie complète de la bonté, ses diverses formes, ses sources aussi et son diagnostic parfois délicat sous un masque d'emprunt, ni ses conséquences, parmi lesquelles ses méfaits, hélas trop fréquents. Nous devrons donc nous borner à passer rapidement en revue quelques-uns de ses aspects choisis parmi ceux qui nous sont familiers.

La Bonté, que Littré définit une disposition à faire du bien et à ne faire que du bien, revêt en effet bien des formes. Multiples sont les aspects de cet oubli de soi-même pour les autres, qu'ils s'appellent bienveillance, bienfaisance, générosité, charité, dévouement, philanthropie... Mais toujours, suivant la parole de l'Illustre Dominicain qui fut l'un des Maîtres de l'éloquence sacrée, la bonté, c'est le don gratuit de soi-même. Il y eut un siècle, le 8 mars dernier que, sous les voûtes de Notre-Dame de Paris retentirent pour la première fois les accents émouvants du R. P. Lacordaire. « Il y a quelque chose, « s'écriait-il, de plus généreux que l'intérêt, de plus élevé que

« le devoir, de plus puissant que l'amour..., la Bonté ! C'est-
« à-dire cette vertu qui ne consulte pas l'intérêt, qui n'attend
« pas l'ordre du devoir, qui n'a pas besoin d'être sollicitée par
« l'attrait du beau, mais qui se penche d'autant plus vers un
« objet qu'il est plus pauvre, plus misérable, plus abandonné,
« plus digne de mépris. » Comment mieux exprimer le caractère exceptionnel, et pourrait-on dire surhumain, d'une de ces vertus dont Platon assurait qu'elles sont l'imitation de Dieu ?

Après sa conversion sur le Chemin de Damas, l'Apôtre des Gentils écrivait à ses amis de l'Eglise de Corinthe en parlant de la charité : elle excuse tout, elle croit tout, elle espère tout.

« Quand même, disait encore saint Paul, je parlerais tou-
« tes les langues des hommes et des anges, si je n'ai point
« la charité, je ne suis que comme l'airain qui résonne et
« comme la cymbale qui retentit. »

« Et quand même je connaîtrais tous les mystères et la
« science de toutes choses, et quand même j'aurais la foi jus-
« qu'à transporter les montagnes, si je n'ai point la charité,
« je ne suis rien. »

L'abnégation sublime est le lien de ces sentiments qui ont pour caractère commun d'être étrangers ou contraires à l'instinct de conservation individuelle. Th. Ribot leur attribuait pour conditions fondamentales deux faits psychologiques : la sympathie, au sens étymologique, c'est-à-dire un unisson affectif, et la tendance altruiste ou émotion tendre qui existe constitutionnellement chez tous les hommes. Pour désigner l'ensemble des penchants bienveillants, Th. Ribot emprunte ici à Auguste Comte, qui l'a créé, le terme altruisme, opposé à égoïsme.

Des études récentes du professeur Auguste Ley et de ses élèves, études dont il est inutile de souligner l'intérêt, ont montré, chez l'enfant, la nécessité du développement de l'intelligence pour que la sympathie, sous l'influence également de l'éducation, évolue vers un stade altruiste désintéressé. Dès 1759, Adam Smith (Theory of the moral sentiments), envisageant la sympathie dans son sens étymologique, comme l'intérêt que nous portons naturellement à ce qui arrive aux autres, à leurs souffrances comme à leurs joies, voyait en elle un fait dominant de notre sensibilité morale.

Dans sa phrénologie, considérant la bonté comme un sentiment naturel de l'homme et des animaux, Gall lui réservait

un organe qu'il plaçait assez vaguement au milieu de la partie supérieure du cerveau.

Dans son traité « De l'Irritation et de la Folie », Broussais consacra tout un chapitre à la perversion du besoin instinctif d'association avec nos semblables, besoin instinctif dans lequel il voyait la source des sentiments de l'amitié, de la bienveillance, de la compassion. Pour Broussais, la perversion de ce besoin instinctif était due à l'irritation de l'appareil trisplanchnique, et surtout à l'irritation de l'estomac agissant sur le cerveau.

C'est donc à bon droit qu'en 1896, dès la première phrase de la préface de l'ouvrage aujourd'hui classique sur la psychologie des sentiments, Th. Ribot pouvait écrire : « La psychologie des états affectifs est, de l'avis commun, confuse et peu avancée. » Recherchant la place de la vie affective, dans la totalité de la vie psychique, Th. Ribot eut le mérite de mettre en évidence que cette place est la première. Rattachant tous les états affectifs à des conditions biologiques, et les considérant comme l'expression directe et immédiate de la vie végétative, il établit que ces états plongent au plus profond de l'individu. Et Th. Ribot ajoutait en des phrases qu'il peut paraître opportun de rappeler : « La conscience ne livre qu'une « partie de leurs secrets ; elle ne peut jamais les révéler « complètement, il faut descendre au-dessous d'elle. Sans « doute, il est fâcheux d'avoir à invoquer une activité inconsciente, à faire intervenir un facteur obscur, mal déterminé ; « mais vouloir réduire les états affectifs à des idées claires, « nettes, et s'imaginer que par ce procédé on peut les fixer, « c'est en méconnaître complètement la nature et se condamner par avance à échouer. »

Considérant la tendance comme le fait primordial de la vie affective, Th. Ribot s'appliqua à établir « sans réplique » l'innéité de l'instinct altruiste qui entre à titre d'élément dans plusieurs émotions composées. Mais il laissa à l'anthropologie criminelle l'étude de la pathologie du sentiment moral. C'est à peine s'il étudia l'insensibilité morale, pour lui le plus souvent innée et « coexistant avec d'autres symptômes de dégénérescence ».

Or, l'anthropologie criminelle, nous l'avons dit, attirée vers les réactions médico-légales des pervers, s'est plus intéressée jusqu'ici à la malignité, à la méchanceté et à la perversité qu'aux sources et aux méfaits de la bonté elle-même.

Dans leur originale et schématique analyse de la Personnalité humaine, MM. Achille Delmas et Marcel Boll se sont attachés à montrer que la méchanceté n'est qu'une bonté déficiente qui laisse le champ libre aux réactions cupides, agressives, cruelles, coléreuses, moqueuses des autres dispositions.

Les psychiatres ont signalé, depuis longtemps, l'importance des troubles du caractère. Jules Falret, en 1854, insistait sur l'intérêt des « singularités morales » et des transformations du caractère. On voit, écrivait-il, la dissimulation succéder à la franchise, le mensonge à la véracité, le vol à la probité, la prodigalité à l'ordre, la dureté à la douceur, la méchanceté à la bienfaisance... Il recommandait à ses élèves de rechercher avant tout, et avec le plus grand soin, la lésion de la partie affective de notre être, la lésion des sentiments et des penchants. C'est toujours par la passion que débute la folie, disait Guislain.

Ces transformations du caractère, si fréquentes chez nos malades, ne se produisent pas toujours dans un sens péjoratif. En 1911, un Mémoire original de M. Genil-Perrin, paru dans l'*Année psychologique*, attira l'attention sur les faits d'altruisme morbide. Ce remarquable travail, consacré à la pathologie de l'émotion tendre, déborde les limites que je me suis fixées. Il ne sera question ici ni de l'amour, ni de l'amour de la progéniture dont Boileau de Castelnau décrivait l'altération sous le nom de misopédie. Et l'exposé critique de M. Genil-Perrin complète heureusement l'ouvrage où Ribot déclarait imprudemment : « La pathologie de l'émotion tendre ne présente pas assez d'intérêt pour nous arrêter. »

Dans certaines psychoses chroniques, l'affectivité peut survivre au naufrage de l'intelligence. M. Paul Courbon nous a montré, en 1908, des malades chez lesquelles des actes étonnants de bonté coïncidaient avec le désordre le plus incohérent et le plus absurde des idées et des actes.

Plus récemment, en février 1934, MM. Xavier et Paul Abély ont rapporté, à la Société Médico-psychologique, une observation dans laquelle on vit une encéphalite modifier profondément, et dans un sens favorable, les tendances d'une malade connue de beaucoup d'entre nous et dont l'existence mouvementée, partagée entre la prison et l'asile d'aliénés, hâta la création, dans le département de la Seine, du service spécial pour les aliénés difficiles.

En modifiant le caractère, la maladie peut donc l'améliorer.

Elle peut aussi donner naissance aux manifestations de la bonté. Pour le montrer, il suffira, dans le champ immense de la bonté, de glaner au passage des faits épars connus de tous. Dans cette moisson généreuse, nous ne recueillerons que des fruits malades. Et, de la pathologie de la bonté, nous détacherons seulement un court chapitre consacré à *la Bonté pathologique*. Pour être à l'abri du reproche d'interprétation tendancieuse, nous ne retiendrons que des faits rapportés par d'autres. Nous nous garderons de ces pièges attirants que sont les exemples puisés dans les romans. Aucune fiction ne saurait égaler la richesse de notre expérience professionnelle.

Il n'y a de vraiment bons, disait Emile Augier, que les gens bien portants : voyons cela d'un peu plus près. Pour plus de commodité, et parce que le temps nous presse, nous rangerons les faits en ces quatre vastes catégories syndromiques qu'utilisait si volontiers Ernest Dupré : débilités, démences, déséquilibres, délires, ce cadre schématique ayant simplement pour but d'ordonner une présentation succincte et rapide.

C'est un truisme que *l'aveugle bonté du débile*. Si nous devions mourir, disait à l'Académie Française Maurice Barrès, ce serait de la sottise de nos gens d'esprit, mais nous sommes sauvés par les simples et les muets. Ils continuent de se dévouer en dépit des sophistes qui leur conseillent de se réserver. Ce dévouement des âmes simples n'est pas sans grandeur. Si, comme le met en lumière le professeur Aug. Ley, le développement de l'intelligence est nécessaire chez l'enfant pour lui permettre d'atteindre un stade altruiste désintéressé, l'observation courante montre que chez l'adulte ce développement intellectuel n'a sans doute pas besoin d'être considérable. Lorsque le langage populaire fait cette remarque : « Il est bête à force d'être bon », ce n'est là qu'une association d'épithètes ordonnée avec politesse.

Dans des circonstances favorables, la faiblesse, la suggestibilité pathologique, la docilité puérile qui accompagnent habituellement la bonté des débiles peuvent se traduire en résultats heureux. Il n'en est pas toujours ainsi. Souvent mise en jeu par la vanité, la bonté de ces sujets les met parfois à la merci d'aventures dans lesquelles ils se laissent entraîner, compromettant sans raison leur patrimoine, et le bonheur de leur famille. Rien n'est plus rare, écrivait La Rochefoucauld, que

la véritable bonté ; ceux-là même qui croient en avoir n'ont d'ordinaire que de la complaisance ou de la faiblesse. Il disait encore : « La vertu n'irait pas si loin si la vanité ne lui tenait compagnie. »

L'exploitation de la bonté pathologique des débiles, de leurs idées de satisfaction, de leurs ambitions inintelligentes, peut aboutir à des donations, à des testaments injustifiés, souvent multiples, successifs et parfois contradictoires. Il en est très souvent d'attaqués en Justice.

L'exercice efficace de la bonté est un art moins facile qu'on ne le croit. Il ne saurait, en tous cas, se passer sans danger d'un jugement sain. La charité, a dit Cuvier, a aussi son génie.

Après l'aveugle bonté du débile, *la bonté facile du dément.* Non pas que les déments soient toujours bons. Indifférents, égoïstes et avares, les déments séniles ou les déments par lésion circonscrite du cerveau, ne sauraient être cités comme des exemples de bonté. Celle qu'ils manifestent parfois en paroles, ou en actes, pathologique assurément autant qu'inhabituelle, n'en mérite que davantage d'être rappelée. On en trouverait d'assez nombreux exemples, telle la démente sénile dont Taguet rapporte l'observation et qui, fille de David et reine des Cieux, voulait laisser par testament plusieurs millions à ses médecins. Tel encore l'hémiplégique cité par Foville et qui se disait envoyé par l'impératrice pour faire des heureux. On aperçoit ici l'influence, sur un fond démentiel, de l'excitation ou du délire. Il n'en est pas de même des cas de démence sénile, dans lesquels en dehors de tout délire, mais sous l'influence d'une démence aussi profonde que souvent méconnue, une donation, un testament, sont la marque d'une bonté qui s'ignore. Régis a bien raison de dire que ces captations sont monnaie courante dans tous les milieux, dans toutes les classes, sous toutes les formes.

C'est assurément dans la paralysie générale que l'on trouve le type de la bonté démentielle. La générosité illimitée de ces malades n'est pas qu'en paroles. Les exemples les plus frappants se présentent au début de la maladie et contrastent souvent avec les habitudes antérieures du sujet. Il faut y voir l'effet de la diminution du jugement, de la faiblesse de la volonté, et des modifications du ton affectif. D'où des largesses, des cadeaux, des aumônes, des prêts, des donations, des abandons de créances, des signatures de complaisance, des testaments, des promesses inépuisables... Sortant d'un magasin de

couture où il vient de faire une commande de 800 francs, grosse somme pour l'époque, un malade de Paul Garnier et Ernest Dupré donne à un inconnu, rencontré dans la rue, une liasse de titres au porteur, représentant toutes ses économies. Un malade de Ritti voulait signer à ses médecins, pour les enrichir, des billets d'une valeur de plusieurs millions.

Les idées délirantes interviennent pour une part dans cette générosité. Que ne pourrait donner un malade dont la colonne vertébrale se hausse à volonté jusqu'aux astres, dont les excréments sont en or, ou les organes en diamant ?

Christian, Pactet, Vigouroux ont montré qu'il ne faudrait pas considérer comme un dogme la bienveillance de ces malades. Mais elle est assez fréquente, et trop connue, pour nous arrêter davantage. Ainsi que nous venons de le voir, cette bienveillance, cette bonté, cette générosité, ne sont pas toujours purement verbales. L'impulsivité et l'absence de critique font que l'acte suit de près l'idée quand elle est réalisable. Le malade de Dericq, dont M. Dupain a rapporté l'histoire en 1889 à la Société Médico-psychologique, avait réellement soulagé des misères en dissipant sa fortune. C'était pour montrer qu'il était plus riche que Dieu et Grand Duc de France.

Au cours de l'ataxie locomotrice, on a signalé des faits de dévouement qui portent également la marque de l'affaiblissement intellectuel. C'est ainsi qu'une malade de Juquelier voulait magnétiser les personnes sur le point de succomber à leurs mauvais penchants. De crainte qu'on ne jette des bombes sur un chantier de la Ville de Paris, elle monta la garde dans la rue pendant une nuit entière.

Il est d'autres états organiques, toxiques par exemple, où des actes de bonté pathologique peuvent être observés. L'alcoolique peut en présenter, soit qu'il s'agisse d'un ivrogne ayant « le vin bon », soit que l'on ait affaire à un alcoolique chronique plein d'obligeance et de prévenance comme il s'en trouve. La bonté des alcooliques est trop souvent une dangereuse bonté. En plein cauchemar, croyant sa maison en flammes, une alcoolique, dont le cas a été rapporté par Bucknill et Tuke, voulut sauver son enfant et le jeta par la fenêtre, d'ailleurs fermée, à travers les vitres. Tenter de sauver ainsi une vie que rien ne menace, même au péril imaginaire de la sienne, est assurément un acte de dévouement regrettable.

L'état mental de certains malades tels que les épileptiques, les choréiques, les basedowiens, est, avant tout, caractérisé par

de l'instabilité. A certains moments, ils peuvent manifester une bienveillance et une générosité aussi enthousiastes que passagères, en opposition avec l'impulsivité, la malignité ou la malfaisance qu'ils présentent trop souvent.

On retrouve un peu chez eux cette *fantasque bonté des déséquilibrés* qui mérite de nous arrêter plus longuement. Le caractère pathologique de la bonté morbide du déséquilibré, en effet, n'apparaît pas aussi grossièrement que celui de la bonté démentielle. Dans la démence, les manifestations bienveillantes ne traduisent pas toujours avec évidence l'affaiblissement intellectuel dont elles relèvent. Au début, les modifications du caractère sont parfois interprétées par l'entourage comme un événement heureux. Mais, les progrès de la démence s'accentuant, les mesures opportunes sont prises.

Au contraire, et comme la bonté du débile, la bonté pathologique du déséquilibré s'exerce librement. Elle est de tous les jours et revêt toutes les formes. V. Magnan, dont, il y a quelques semaines, nous commémorions le centenaire, a bien décrit dans ses leçons cliniques l'état mental de ces êtres exagérés, exaltés, impressionnables, versatiles, impulsifs, dont l'enthousiasme peut, de façon imprévue, s'aiguiller vers le Mal ou vers le Bien, dont l'intelligence, souvent vive, peut, avec la même ardeur, se donner à de nobles tâches ou à de mauvaises actions. Après avoir, écrit Jules Falret, scandalisé le monde par l'excès de leur faute, ils l'étonnent par l'éclat de leur conversion. La désharmonie intellectuelle et morale qui les caractérise est à la base de leurs actes et de leurs sentiments exagérés de compassion, de pitié, de miséricorde.

Tous les médecins la connaissent bien, cette encombrante bonté du déséquilibré impulsif. Combien de fois n'en sommes-nous pas sciemment complices ! Elle vient frapper à notre porte, solliciter notre concours pour des malades qui ne le demandent pas, pour des œuvres qui s'effondrent ensuite comme des châteaux de cartes. Souvent, en effet, la charité s'exerce par le recours au dévouement des autres, et ce moindre effort de la bonté s'adresse tout naturellement à la bonté professionnelle du médecin qui ne saurait se refuser. Car, il y a aussi des bontés professionnelles...

Que d'œuvres d'assistance sont gênées ou troublées dans leur fonctionnement par l'activité inopportune, brouillonne, et parfois malfaisante, de déséquilibrés qui, sous le masque doucereux de la bienfaisance, cherchent la satisfaction de leur vanité, ou de leur besoin d'autorité.

Dans une étude sur les Sauveteurs, publiée en 1904 dans les *Annales Médico-Psychologiques,* Martial Vergnolle a bien mis en lumière que ceux qui exposent leur vie pour sauver des inconnus, donnant ainsi témoignage de courage et de dévouement, n'accomplissent pas toujours un acte libre, délibéré. A côté du dévouement magnifique, réfléchi, d'admirables sauveteurs, il est des actes franchement pathologiques que le public ne distingue pas toujours. N'est-ce pas une folie téméraire que celle de ce déséquilibré impulsif qui, « n'écoutant que son courage », dit le langage populaire, s'élance impulsivement dans une fournaise, se jette à l'eau sans savoir nager, se précipite, sans avoir l'habitude des chevaux, à la tête d'un cheval au galop ? Impulsion accidentelle que favorise souvent une légère excitation ébrieuse. Imprudente victime de son inutile bonté, le maladroit n'aboutit, en cette parodie de sauvetage, qu'à alourdir la tâche, déjà si ardue, des véritables sauveteurs.

Bonté pathologique encore, *l'angoissante bonté des psychasthéniques* scrupuleux et phobiques, vivant dans la crainte perpétuelle de faire le mal, de porter tort à autrui. Leur vie anxieuse est une perpétuelle torture. De même, celle de certains hypocondriaques dont l'hypocondrie, s'étendant à l'entourage, veille, avec une fatigante exagération, sur leurs enfants, leurs parents, leurs amis.

La pitié, écrit Descartes dans « Les Passions de l'Ame », est une espèce de tristesse mêlée d'amour ou de bonne volonté envers ceux à qui nous voyons souffrir quelque mal duquel nous les estimons indignes. Adler a insisté sur l'analogie de la pitié qui nous pousse à souffrir de la souffrance d'autrui avant même qu'elle se déclare avec l'angoisse des phobies, de l'agoraphobie, par exemple. Il a souligné l'importance du sentiment d'infériorité chez ces déséquilibrés obsédés, capables à la fois de méchanceté et des plus grands sacrifices dont Pierre Janet a si bien mis à nu le sentiment d'incomplétude. Pour Adler, le sentiment d'infériorité exige une compensation qui sera l'exaltation du sentiment de personnalité. Ainsi naît le désir de puissance. Une apparence de désintéressement recouvre toutes les formes de l'égoïsme. La générosité du sujet n'a d'autre but que de l'aider à réaliser sa « volonté de puissance ». Faisant semblant de donner, il est en réalité, conclut Adler, celui qui donne le moins et celui qui reçoit le plus.

Il faut rappeler ici la *doronmanie,* ou impulsion à faire des

cadeaux. Elle est d'observation courante. Lemoine et Maurice Page ont rapporté, en 1905, dans les *Annales Médico-Psychologiques,* l'observation d'une jeune femme, dont le déséquilibre s'accompagnait de crises d'hystérie, et qui, depuis l'âge de 16 ans, couvrait de cadeaux sa famille, ses amis, les amis de son mari, ses médecins. Les auteurs ont noté le caractère obsédant de l'acte, impérieux, précédé d'angoisse et suivi de soulagement. A tel point que, sortie sans porte-monnaie pour être certaine de n'acheter aucun cadeau, la malade revenait en courant chercher de l'argent à son domicile.

V. Magnan a montré comment, chez les déséquilibrés, l'amour de l'animal, s'exagérant sans cesse, arrive à détruire peu à peu les affections les mieux enracinées et à s'établir sur leurs ruines avec l'opiniâtre fermeté de l'idée obsédante.

Après lui, Adler a fait remarquer l'attitude de certains déséquilibrés qui, pris de passion pour l'antivivisectionnisme, « ne peuvent supporter la vue d'une oie qu'on égorge, mais applaudissent triomphalement à la nouvelle que leur adversaire s'est ruiné à la Bourse ».

Qu'on ne se méprenne pas. Je suis, pour ma part, un grand ami des bêtes. Défendre les animaux, c'est apprendre à l'homme la pratique de la bonté. Je suis heureux de rendre publiquement hommage à l'activité bienfaisante de la Société protectrice des animaux. Pendant les jours tragiques de la Révolution française, Condorcet écrivait à sa fille : « Sois bonne envers tout le monde, même avec les animaux... »

Mais, avant l'animal, fait observer Magnan, l'homme doit aimer ses semblables. Le proverbe franc-comtois, cité par Féré, « ami des bêtes, ennemi des hommes », ne trouve confirmation que dans la pathologie.

Traiter des animaux comme des divinités, comme des bêtes sacrées, leur sacrifier d'impérieux devoirs, porte la marque du déséquilibre. Pendant 8 années, une obsédée de 55 ans, dont le Professeur Pierre Janet nous a conté l'histoire, se privant de tout pour son chat, lui laissant ses aliments parce que les morceaux pris dans son assiette étaient ceux que la bête préférait, n'osa ni sortir ni voyager dans la crainte que cet animal souffrît de son départ. Couchant avec lui, elle n'osait pas bouger, la nuit, de peur de le réveiller. Pourtant, lorsque le chat mourut, âgé de 16 ans, elle fut en proie au désespoir et au remords d'avoir gardé cette bête à l'appartement au lieu de l'avoir fait vivre dans un jardin.

Dans son étude clinique des obsessions et impulsions morbides, Mlle Robinovitch, de New-York, a rapporté le cas d'un enfant de 10 ans, interné à la Colonie de Vaucluse. Recueillant chats, crapauds, grenouilles, couleuvres, tortues, il se servait d'une flûte pour charmer une couleuvre qu'il adorait. « Le monde n'est rien, disait-il, il n'y a d'intéressant que les animaux. » Aussi prenait-il un évident plaisir à battre avec violence ses camarades et se réjouissait-il de les voir souffrir. Un jour, sa sœur ayant simplement touché à l'une de ses bêtes, il voulut la jeter sur un poêle allumé. Sa seule excuse fut : « Oui, j'ai voulu brûler ma sœur, mais j'ai un cœur doux pour les pauvres animaux... Ils souffrent comme nous, ont un langage comme nous et méritent notre amour. »

Et si nous sommes tous d'accord pour repousser toute vivisection inutile ou inutilement douloureuse, que penser de cette mère qui répondait à Magnan : « Une expérience sur un animal devrait sauver mon fils que je m'y opposerais formellement, ne voulant pas devoir la vie de mon fils à la vie d'un animal. »

Les excentricités des zoophiles ne se comptent pas. Hospital en a réuni de nombreux exemples : un Américain fait élever un mausolée à son cheval pour le prix de 5.000 fr. d'avant-guerre ; une vieille dame fait embaumer son chien après sa mort et le fait inhumer dans un cercueil de plomb ; une dame de Clermont-Ferrand recueille chez elle 25 caniches ; une autre vieille dame, qui se privait du nécessaire et se couchait souvent sans manger, entretenait à la fois des chèvres et une légion de chats ; une autre nourrissait 5 à 6 griffons uniquement de poulet et de brioche. Il est bien inutile d'allonger cette liste.

La bonté du déséquilibré n'est pas seulement fantasque. C'est parfois une malfaisante bonté. On fait souvent du bien pour pouvoir impunément faire du mal, déclare La Rochefoucauld, et nos vertus ne sont souvent que nos vices déguisés. Combien d'amoraux, de mythomanes, prennent ainsi *le masque de la bonté.* La dissimulation, disait Théophraste, est un certain art de composer ses paroles et ses actions pour une mauvaise fin.

Les exemples abondent de ces manifestations qualifiées naguère d'hystériques, aujourd'hui de mythomaniaques, et qui portent la marque du déséquilibre psychique. Je ne rappellerai pas les exemples pourtant très démonstratifs, que j'ai

recueillis, il y a 30 ans, dans ma thèse de doctorat sur les Empoisonneuses. Baume a rapporté également le cas d'une jeune fille de 15 ans, « vierge et pure de tous mauvais antécédents », bonne d'enfants en Bretagne, à Lesneven. Sa piété et sa douceur, les soins touchants dont elle entourait les enfants en présence des parents ou des amis faisaient l'admiration de tous. Sans être aucunement soupçonnée, elle tua 3 enfants, leur mettant des excréments dans la bouche, cassant par torsion les os des membres supérieurs et des membres inférieurs, enfonçant une lame de couteau dans la gorge de ces pauvres petits. Arrêtée pour s'être sottement parée de dentelles et de broderies volées, elle crut l'être pour ses crimes et s'écria : « Mon arrestation est providentielle ; il y en aurait cinquante, ils y auraient tous passé... »

Serait-il vrai, comme l'affirmait Machiavel, que tout le mal de ce monde vient de ce qu'on n'est pas assez bon ou pas assez pervers ? N'est-ce pas plutôt le lieu de rappeler la maxime de La Rochefoucauld : L'hypocrisie est un hommage que le vice rend à la vertu.

La bonté pathologique s'observe encore au cours des états d'excitation ou de dépression. Dans les écrits d'Arétée et de Cœlins Aurelianus, le nom de manie est synonyme de fureur. Mais certaines formes atténuées ou chroniques de l'excitation maniaque s'accompagnent de tendances bienveillantes, de dispositions généreuses et philanthropiques. Broussais décrivait des monomanies gaies où, sans orgueil et sans vanité, les malades « gais, contens, toujours rians, toujours heureux... font le bonheur de tout ce qui les approche ». Au cours d'un accès de manie, un jeune chimiste de 27 ans, soigné par Esquirol, voulait distribuer à tous des millions. Après sa guérison, la première lettre qu'il écrivit à ses parents débutait ainsi : « Je sens qu'il faut renoncer à mes illusions. Jamais je ne serai aussi heureux que pendant les trois mois qui viennent de s'écouler. » Taguet a rapporté en dehors de la paralysie générale, de nombreux exemples de cette *souriante bonté.*

Toute autre est la *tragique bonté du mélancolique.* La presse de chaque jour nous en apporte les douloureux échos. C'est le vigneron, cité par Pinel, tuant ses enfants pour qu'ils ne soient pas damnés. C'est la malade d'Esquirol, tuant son mari pour lui épargner l'imaginaire douleur de la voir arrêtée, jugée et conduite à l'échafaud. C'est cette mère dont G. de Clérambault nous a rapporté l'émouvante histoire, tentant,

avant de se jeter elle-même par la fenêtre, de tuer sa fillette d'abord à coups de marteau, puis en l'étranglant, afin de ne pas la laisser sans défense. Dans sa logique morbide, un mélancolique observé par M. Durand-Saladin et qui vivait dans la terreur de malheurs familiaux ou personnels éventuels autant que dans l'appréhension de catastrophes publiques, conciliait la recherche d'inventions destinées à éviter tous accidents sur terre et sur mer avec une tentative de meurtre de son fils. Par sa tendance au sacrifice, c'est au prorata de son affection pour les siens que le mélancolique est dangereux pour eux. Ces malades tuent leurs enfants, disait Falret, pour les envoyer au ciel et les arracher à toutes les peines de la vie.

Suivant les cas, c'est tantôt avec les déséquilibrés, tantôt avec les délires, qu'il faudrait étudier *l'effroyable bonté des paranoïaques*. M. Maurice Dide a consacré une belle étude, connue de tous, aux traits caractéristiques des « idéalistes » de la bonté. Dans un excellent livre sur les paranoïaques, M. Genil-Perrin rappelle l'inépuisable charité de Ch. Fourier. Quel plus bel exemple d'utopie généreuse ? C'est en vivant solitaire, sans autre passion que celle des fleurs, sans autre désir que le bonheur de l'humanité, qu'il avait édifié son système. Il pensait sincèrement que ce système entraînerait la suppression des soldats parce qu'il n'y aurait plus de guerre, celle aussi des gendarmes parce qu'il n'y aurait plus de voleurs. Les hommes, devenus aptes à vivre aussi facilement dans l'eau que sur la terre, auraient une vie moyenne de 144 ans. Leur existence serait une fête perpétuelle. Les plus pauvres jouiraient d'un confort supérieur à celui des Rothschild de tous les temps et il y aurait peu de médecins parce que peu de malades.

Mais la bonté des idéalistes est rarement sans mélange. Toute leur vie, écrit Dide, ils seront dangereux ou en imminence de le devenir. Leur aveuglement passionnel, leur fanatisme font trop souvent de ces convaincus des adversaires terribles lorsque leurs conceptions rencontrent un obstacle. Idéalistes de la bonté ou de la justice, mystiques ou politiques, pour fonder des cultes nouveaux ils soulèvent des tribus ou des peuples ; pour apporter le bonheur à l'humanité ils assassinent chefs d'Etat ou ministres. Régis a magistralement étudié ces régicides solitaires, ces magnicides de toutes les époques. Orgueilleux, épris d'absolu, mus par leurs sentiments

altruistes, humanitaires, ils sont conduits par la fausseté constitutionnelle de leur jugement et par leur tendance aux réactions. Leur étrange et impérieuse bonté les amène à l'émeute, au pillage, à l'incendie, aux attentats contre les personnes. Le paradoxe les attire. L'idée fausse ou chimérique, disait Arnaud, exerce sur eux un attrait particulier. La bonté du paranoïaque est la plus terrible des bontés.

On ne sera pas surpris de trouver des faits de bonté au cours des délires mystiques, et quelle que soit l'origine de ces délires. Un malade de Magnan, fils de Dieu, accomplissant sur la terre une période d'épreuves avant, disait-il, de recevoir comme son frère Jésus le pouvoir de faire des miracles, allait par la ville, doux et calme sous les moqueries et sous les coups, distribuant sa paie aux pauvres et les exhortant à la patience.

A la fin du siècle dernier sévit au Brésil une épidémie de folie religieuse. Arrêté, le nouveau Messie, Antonio Conselheiro, fut maltraité par les gardes. Interrogé ensuite sur l'origine des coups dont il portait la marque, il se contenta de répondre que le Christ avait souffert plus que lui, que son seul souci était de ramasser des pierres sur les routes pour élever des Eglises.

Souvent aussi, cette bonté des délirants mystiques est une *redoutable bonté*. Les malades n'accomplissent pas toujours avec autant de douceur leur mission imaginaire. Condamné à mort pour avoir tué son capitaine en lui enfonçant sa baïonnette dans l'abdomen, un artilleur vit sa peine commuée en celle des travaux forcés à perpétuité et fut ultérieurement interné à l'Asile de Stephansfeld. Il ne manifestait aucun regret. A Dagonet, qui nous a rapporté ses paroles, il déclara avoir tué son chef parce qu'il l'aimait, cette mort devant à la fois « sauver la France, empêcher la religion juive et protes« tante de prendre le dessus, et conserver le trône à l'Empe« reur Napoléon ».

Il est plus inattendu de trouver des exemples de bonté au cours des délires de persécution : MM. Sérieux et Codet ont rapporté un cas de délire de persécution bienveillante, G. de Clérambault et Porc'Her ont signalé les persécutés sans persécution. Récemment encore, M. Courbon et Mme Francès ont présenté à la Société Médico-psychologique un délire localisé de persécution s'accompagnant de bienveillance générale.

Mais c'est assurément dans le délire des grandeurs qu'on en trouve les exemples les plus pittoresques. Je terminerai ce

recueil de faits par la lecture d'un document emprunté à H. Taguet, dans son étude clinique du délire des grandeurs en dehors de la paralysie générale.

Marchand de journaux à Bruxelles, halluciné, persécuté et mégalomane, ce malade, âgé de 41 ans, avait déjà quitté une première fois Bruxelles pour venir à Paris faire à l'Empereur une communication qu'il assurait être des plus importantes. Ce projet prit fin à la grille des Tuileries. Interrogé sur son identité, il appelait Jésus-Christ son père et la Sainte-Vierge sa grand'mère.

Quelques années plus tard, le Régime ayant changé, mais son délire évoluant, le même malade envoya la lettre suivante :

« A Monsieur Grévy, président de l'Assemblée Nationale,

« Comme vous savez qu'on a établi une pagode sur la Place de « la Concorde sur laquelle je vais faire mon ascension le 11 cou- « rant pour prononcer mon premier discours au peuple, par « lequel je ferai changer toute la France entière dans le même « état qu'elle était avant la guerre, c'est-à-dire au 12 août 1870, « sauf les améliorations.

« *Art.* 2. — Je désire l'anéantissement de l'emprunt de 4 mil- « liards, la disparition des titres et le remboursement de l'argent « à qui de droit.

« *Art.* 3. — Une amnistie générale, c'est-à-dire la mise en liberté « des prisonniers, même de ceux condamnés à mort.

« *Art.* 4. — Rétablir chacun comme il doit l'être, c'est-à-dire que « les aveugles auront la vue ; les sourds, l'ouïe ; les muets, la voix; « les boiteux, leurs jambes ; et les maladies incurables seront « guéries.

« *Art.* 5. — Tous les hôpitaux seront vidés ; il en sera également « des asiles d'aliénés.

« Les articles 3, 4 et 5 s'appliquent à tout l'univers !

« Comme vous savez aussi que je suis appelé par Dieu tout- « puissant à régénérer le monde et que ma fortune est incalcula- « ble, à cet effet je vous prierai de vouloir bien m'envoyer quel- « ques filles pauvres et femmes mariées, je leur donnerai 500.000 « francs pour chaque enfant.

« Je ne veux pas non plus, sous quelque prétexte que ce soit, « qu'on paye encore impôt. Nous allons prendre un autre régime « de vie et répéter tous ensemble : Vive la République.

« Je ne doute pas, que vous autres tous ne regrettiez la mort de « celui qui est devant vous, vous direz souvent : ô de G..., homme

« illustre, repose en paix, tes cendres ne seront jamais oubliées,
« et elles seront toujours humides des larmes des habitants de
« Versailles et du monde entier.

« Votre dévoué :
H. de G.,
« Successeur du Christ. »

Hélas, des souhaits généreux du petit marchand de journaux de Bruxelles, un seul à ma connaissance, est exaucé. En dépit de l'article 5 de cette lettre, il contribua davantage à remplir les asiles d'aliénés qu'à les vider. Mais, selon son désir, je viens de tirer de l'oubli, et dans la ville même d'où il partit, le témoignage de sa *délirante bonté*. Il est des documents qui, mieux que des commentaires, affirment le caractère pathologique de leur inspiration.

Mes chers Collègues, la richesse de votre observation quotidienne vous aura sans aucun doute fait paraître bien fastidieuse cette succession de faits, éléments d'une flore de la bonté morbide et puisés dans la littérature psychiatrique.

En remontant aux sources pathologiques de la bonté, nous avons entrevu *ces méfaits de la bonté* que connaissent bien les médecins légistes. Il serait superflu de rappeler ici la fréquence relative des tendances altruistes chez des inculpés. Dans un mémoire qui a pour titre « Crime et Altruisme », Vallon et Genil-Perrin en ont rapporté des exemples frappants. Dubuisson et Vigouroux, et récemment encore M. Beaussart, ont insisté sur ces faits.

Fréquent est le vol par bonté, par piété filiale, par camaraderie. Legrain nous a conté l'histoire d'un voleur qui, dès l'âge de 6 ans, volait pour donner aux pauvres ou à des camarades. Plus tard, il ne pouvait dormir s'il n'avait pas donné tout ce qu'il avait sur lui ; se rendant aux Halles, il distribuait alors des aliments aux indigents. Après une tentative avortée de suicide, il termina sa vie dans un délire mystique. L'enquête familiale montra que sa mère, sa tante, sa sœur avaient toujours distribué aux pauvres tout ce qu'elles avaient.

Juquelier et Vinchon ont décrit le vol altruiste ; Heuyer et Dublineau, le vol généreux dans lequel l'élément essentiel serait ce mécanisme de compensation du sentiment d'infériorité sur lequel Adler insiste tant.

Nous touchons ici un point qui demanderait de plus longs

développements. Si, entre les mains d'adeptes enthousiastes, mais de culture insuffisante, et souvent plus avides de morbidité que nantis d'expérience médicale, les *théories psychanalytiques* ont pris l'aspect dans certains milieux, et selon le goût du jour, d'une manière de psychiatrie romancée à l'usage des gens du monde, il serait injuste d'en tenir rigueur aux idées du Professeur Sigmund Freud. Une vulgarisation étouffante et déformante est la rançon du succès. Il y a douze ans, à notre session de Besançon, avec ce talent si éloquent, si souple et si nuancé auquel tous rendent hommage, le Professeur Hesnard a exposé et critiqué la doctrine du Maître Viennois, que ses travaux, seul ou avec Régis, ont tant contribué à faire connaître en France.

Dans ces exposés, M. Hesnard a bien mis en lumière l'interprétation freudienne de la vertu, considérée comme une maîtrise de l'excitation érotique que l'homme peut, non pas dompter, mais canaliser à son gré. Il a décrit les modes de sublimation de nos instincts et de régularisation de nos tendances affectives.

Bien des auteurs, Azam en particulier, ont signalé les modifications du caractère à la puberté, à la ménopause, pendant les périodes menstruelles, la grossesse ou la maternité. Auguste Comte enseignait que l'instinct sexuel stimule le développement de la sympathie.

Or, les tendances qui composent l'instinct sexuel se caractérisent précisément par l'aptitude à la sublimation. Les excitations excessives découlant des diverses sources de la sexualité trouvent ainsi une dérivation et une utilisation dans d'autres domaines. Et c'est, assure Sigmund Freud, à l'enrichissement progressif succédant à ces processus de sublimation que sont dues les plus nobles acquisitions de l'esprit humain. Sources de la production artistique, ces processus de sublimation seraient aussi parmi les sources de la bonté. Théorie consolante, optimiste, confiante en l'espérance d'une vie meilleure basée sur une culture rationnelle des sentiments et, suivant la loi de compensation affective, sur la substitution d'un but supérieur aux intérêts purement égoïstes de la sexualité.

« Il ne faut pas perdre de vue, a dit Mæterlinck, que notre « âme est souvent, à nos propres yeux, une puissance très « folle et qu'il y a en l'homme bien des régions plus fécondes, « plus profondes et plus intéressantes que celles de la raison « ou de l'intelligence. »

Mesdames et Messieurs, écrasé par la richesse de la matière, je n'ai fait qu'effleurer le sujet. Pourtant, j'ai retenu trop longtemps votre attention bienveillante. Des faits que je vous ai rappelés, certains pourront paraître interprétés sans indulgence. Ne le croyez pas. Le médecin qui observe des symptômes ou des tares n'a en vue que leur disparition. Et, selon le mot de Vauvenargues, « puisque nos malheurs sont toujours « plus grands que nos vices, nos vertus toujours moindres « que nos devoirs, rien ne peut mieux nous convenir que le « tempérament de l'indulgence ».

De cette vertu sublime qu'est la Bonté à sa figuration pathologique, il y a toutes les transitions, comme il existe de la raison à la folie des nuances plus délicates, qu'on ne le croit généralement. Baume nous a conté l'aventure de cet élève qui demandait à Esquirol : Maître, indiquez-moi un critérium sûr pour distinguer la raison de la folie ? Sans répondre — et pour cause — Esquirol l'invita à dîner. A table se trouvaient deux autres convives : l'un, de tenue et de langage parfaitement corrects, l'autre exubérant, plein de soi et de son avenir. En prenant congé, l'élève demanda au Maître une réponse à sa question. Prononcez vous-même, répondit Esquirol, vous venez de dîner avec un fou et avec un sage. — Le cas est trop facile, répartit l'élève, le sage est cet homme si distingué ; quant à l'autre, quel étourdi, quelle casse-tête, il est vraiment à enfermer ! Or, le pseudo-sage, pensionnaire de Charenton, se croyant Dieu, gardait la réserve et la dignité qu'il estimait convenir à son rôle. Le pseudo-fou s'appelait... Honoré de Balzac.

Sans nous attarder à chercher un critérium illusoire, rappelons-nous combien sont nombreux ces cas intermédiaires dans lesquels un élément pathologique léger, souvent inapparent, aura facilité l'éclosion ou l'action de la bonté. Les sources et les méfaits d'une bonté morbide ne sauraient en rien ternir l'auréole de la plus admirable et la plus féconde des vertus. Comme la beauté, sœur éclatante mais non moins aveuglée, la bonté enchaîne chaque jour à son char d'innocentes victimes. Mais à son actif que d'innombrables bienfaits. « Toute autre science est dommageable, a dit Montaigne, à celui qui n'a pas la science de la bonté. » Le plus fidèle hommage qu'on puisse lui rendre est de la dégager de ses sources impures.

Il pouvait sembler audacieux, paradoxal même, de recher-

cher dans la pathologie quelques-unes des sources de la bonté. Pourtant, les faits que j'ai rappelés sont si évidents que leur énumération a pu vous sembler superflue. Souvent ainsi, le paradoxe n'est qu'un vêtement un peu voyant, jeté avec plus ou moins d'esprit sur des lieux communs. Coquetterie de la Vérité cachant sa nudité sous un voile d'emprunt.

Il est d'autres *sources aberrantes de la bonté,* parmi lesquelles l'orgueil, la vanité, la souffrance... La Rochefoucauld a bien vu que ce qui paraît générosité n'est parfois qu'une ambition déguisée et que ce qu'on nomme libéralité n'est souvent que la vanité de donner. Mais autour de nous, que d'exemples de pure bonté. L'Académie française couronne chaque année d'admirables faits de dévouement et de bonté, devant lesquels pâlit cette discrète bonté d'Arcésilas dont Plutarque nous a laissé le souvenir. Ayant trouvé Apelle de Chio malade et manquant de tout, Arcésilas lui dit : « Je ne vois ici que les quatre éléments d'Empédocle : le feu, la terre, l'eau, l'éther pur, et vous n'êtes même pas trop couché. » Après son départ, la femme qui soignait Apelle trouva sous l'oreiller une bourse contenant 20 drachmes. C'est un tour d'Arcésilas, dit Apelle en souriant.

Au premier rang des sources aberrantes de la Vertu, il faut placer la maladie et la souffrance. Pascal le savait bien. Malade, il apaisait la peine des siens, leur disant combien il appréhendait de guérir. « C'est, ajoutait-il, que je connais les dangers « de la santé et les avantages de la maladie. » Il a d'ailleurs composé une prière pour demander à Dieu le bon usage des maladies.

Autant que la joie, trop souvent portée vers l'égoïsme, la souffrance crée la Bonté. Et c'est sans doute pour avoir tant souffert, Libre Belgique, chère à nos cœurs français, que tu es le symbole de toutes les Vertus !

--- --- ---

PREMIER RAPPORT

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

ET

DISCUSSION



L'HYSTÉRIE ET LES FONCTIONS PSYCHOMOTRICES

(Etude psycho-physiologique)

PREMIERE PARTIE

DEFINITION CLINIQUE

A. Aperçu historique sur le démembrement de l'hystérie

La première difficulté qui se présente dès qu'on aborde l'étude de l'hystérie, c'est d'en donner une *définition clinique*. Faute de cette définition, les discussions pathogéniques ne peuvent aboutir qu'à des malentendus, chaque auteur parlant de syndromes différents.

Il existe encore de nombreux médecins qui pensent avec Lasègue que « la définition de l'hystérie n'a jamais été donnée, et qu'elle ne le sera jamais ». En bonne logique, s'il en était ainsi, cette question devrait être supprimée de la nosographie médicale. Mais, par un paradoxe étrange, beaucoup de ceux qui se refusent à donner une définition de l'hystérie sont les plus acharnés à en étendre démesurément le domaine.

Pour ces auteurs, l'hystérie reste toujours « la grande simulatrice » susceptible de réaliser les symptômes des affections de tous les organes. Tous les troubles un peu capricieux, variables, ou qui semblent ne pouvoir être rattachés à une lésion anatomique décelable, sont alors rapportés à la grande névrose.

C'est la conception de la « vieille hystérie », telle qu'elle s'exprime dans Sydenham. Quand celui-ci avait examiné une

malade et qu'il ne retrouvait en elle rien d'une maladie connue, il regardait, disait-il, l'affection dont elle était atteinte comme de l'hystérie.

En pathologie mentale, les mêmes tendances se firent jour, et bientôt le cadre de la « folie hystérique » envahit aussi une grande partie de la psychiatrie.

L'hystérie devenait donc ainsi une sorte de « caput mortuum » de la médecine, dans lequel on jetait pêle-mêle tous les syndromes encore inconnus et aussi beaucoup d'erreurs de diagnostic.

Un travail de révision et de limitation s'imposait. Mais pour cela, il fallait « définir » l'hystérie afin de la séparer des syndromes voisins. *Charcot* tenta de fixer ce fantôme insaisissable en édifiant ses « stigmates » (hémianesthésie, rétrécissement du champ visuel, anesthésie pharyngée, etc...) qui devaient constituer des symptômes permanents permettant de reconnaître la névrose au milieu du polymorphisme extrême de ses manifestations.

C'était un des premiers essais de *définition clinique véritable.* Toutefois la valeur des stigmates fut bientôt battue en brêche grâce aux travaux de Bernheim (1) et de Babinski (2), qui montrèrent que ceux-ci n'étaient que le produit de la suggestion, et bien souvent de la suggestion artificielle du médecin (3).

---

(1) Bernheim. — *L'Hystérie.* 1 vol., Doin, éditeur.

(2) Babinski. — Cf. *Œuvre scientifique.* Masson, éditeur.

(3) Il ne faudrait pas croire cependant que *Charcot* ait méconnu l'importance des perturbations psychiques dans l'hystérie. Bien au contraire, il a maintes fois insisté, comme le rappelle P. Janet (*Etat mental des hystériques.* p. 142, Doin), au cours de son enseignement, sur le fait que « beaucoup d'accidents de l'hystérie sont des accidents d'ordre psychologique et sont dus aux pensées des malades ». Charcot a également insisté sur la « suggestion traumatique » et émotive qui se produit notamment à la suite des grands bouleversements et qui prépare l'hystérie. « Dans ces occasions, écrit-il (*Leçons sur les maladies du système nerveux,* 1787, t. III, p. 392), il se développe souvent un état mental tout particulier, récemment étudié avec soin par M. Page, qui le rapproche très judicieusement, à mon avis d'ailleurs, de l'état d'hypnotisme. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la *spontanéité psychique,* la *volonté,* le *jugement* étant plus ou moins déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles ; aussi la plus légère action traumatique, par exemple, portant sur un membre, peut-elle devenir alors l'occasion d'une paralysie, d'une contracture, d'une arthralgie. C'est pourquoi, si souvent dans les collisions de chemin de fer, on voit suivant les cas survenir des monoplégies, des paraplégies, des hémiplégies simulant des maladies organiques, bien qu'elles ne soient autres que des paralysies dynamiques, psychiques, fort analogues, pour le moins aux paralysies hystériques. »

Il est vrai que Charcot considérait les stigmates comme des signes fixes

Une nouvelle définition fut alors établie par Babinski (1), fondée cette fois non plus sur des stigmates fixes, mais sur un caractère psychologique et surtout sur l'épreuve thérapeutique : « *L'hystérie, écrit Babinski, est un état psychique spécial qui se manifeste principalement par des troubles qu'on peut appeler primitifs, et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés à des troubles primitifs.* »

Ainsi le cadre de l'hystérie, d'abord gigantesque, est allé en se resserrant de plus en plus. Grâce aux précautions prises pour éviter l'hystérie de culture, grâce aux admirables progrès séméiologiques réalisés en neurologie par Babinski, l'hystérie, ou plus exactement le pithiatisme, constitue maintenant un groupe nosologique très restreint et en somme assez rare en pratique.

On peut se demander toutefois avec curiosité ce qu'est devenu, au cours de ce travail d'extrême limitation, le territoire immense de la vieille hystérie. On répète souvent que l'hystérie de Charcot a maintenant presque complètement disparu. Ce n'est pas tout à fait exact.

Sans doute, l'hystérie développée artificiellement par la suggestion médicale (notamment divers stigmates) ne s'observe plus guère. Mais la plupart des manifestations si magistralement décrites par Charcot et ses élèves existent toujours. Un certain nombre d'entre elles ont seulement changé de cadre.

Tout d'abord, une portion de la « vieille hystérie viscérale » (certaines angoisses, spasmes, fausse angine de poitrine, etc...) a été rattachée pour une grande part à d'autres

---

et pathognomoniques de l'hystérie. C'est donc surtout sur cette question des stigmates que devait porter le travail critique de Bernheim et surtout celui de Babinski. En outre, on ne possédait pas, du temps de Charcot, les moyens précis que l'on possède grâce à Babinski pour différencier ces paralysies « dynamiques » des paralysies organiques. On ne savait pas tirer le même parti de l'étude des réflexes. On confondait la fausse trépidation épileptoïde et le vrai clonus organique, etc..., etc...

En somme, la révolution effectuée par Babinski a surtout consisté à substituer, comme base de diagnostic, aux anciens stigmates de l'hystérie de Charcot, ceux des affections organiques dont il a donné une description si sûre et si objective.

(1) Babinski. — *Loco citato*, p. 475.

syndromes névropathiques (psychasthénie, états anxieux) qui restent distincts du pithiatisme par le fait qu'ils ne présentent pas la même curabilité par contre suggestion, comme Babinski l'a bien montré (1).

D'autre part, beaucoup des manifestations les plus bruyantes et les plus impressionnantes de l'ancienne hystérie, notamment certaines grandes crises nerveuses, font partie maintenant des psychoses et s'observent plus dans les asiles que dans les services hospitaliers de neurologie. En effet, tandis que Babinski rejetait de la neurologie une grande partie des symptômes de l'ancienne hystérie viscérale, ou de la vieille folie hystérique, le développement de la nosographie psychiatrique absorbait parallèlement les territoires éliminés par Babinski. A ce sujet, on n'attache pas assez d'importance, nous semble-t-il, à la découverte par Kahlbaum, en 1874, de la catatonie. La catatonie de Kahlbaum représente, en effet, une portion importante de la vieille folie hystérique : n'y retrouve-t-on pas ces grandes crises avec arc de cercle, clownisme, démonstrations de gestes impressionnants groupés par Kahlbaum sous le vocable si expressif de pathéticismus ? N'y retrouve-t-on pas également ce caractère fantasque, capricieux, cet érotisme, ces troubles sexuels, cet aspect de « comédie » qui évoquent le souvenir traditionnel de l'hystérie ? Les mêmes considérations peuvent s'appliquer également à l'hébéphrénie décrite aussi par Kahlbaum et son élève Hecker. Fait curieux, ce mouvement si important est resté et reste encore en partie méconnu. Le passage d'une partie des troupes de l'ancienne hystérie dans le camp de la catatonie et de l'hébéphrénie s'est fait sans bruit, et en quelque sorte à l'insu des neurologistes. L'œuvre de Kahlbaum ne s'est d'ailleurs vraiment répandue que plus tard, à travers le système de Kraepelin qui réunissait la catatonie, l'hébéphrénie, etc... dans sa vaste synthèse de la démence précoce. Mais la notion de démence faisait oublier la filiation avec l'ancienne hystérie, et c'est ainsi que l'on put croire celle-ci complètement disparue.

En résumé, aussi bien du côté neurologique que du côté psychiatrique, le démembrement de la vieille hystérie a abouti

---

(1) Sans doute, ces divers troubles subjectifs viscéraux peuvent s'observer chez les pithiatiques, mais ils ne sont *nullement propres à l'hystérie* et peuvent faire partie de tous les états de dépression nerveuse, quelle que soit leur étiologie.

à la constitution d'une part de psychoses comme l'hébéphrénie, la catatonie, d'autre part du petit groupe précis mais très réduit du pithiatisme de Babinski.

Si cette évolution historique était bien connue, la question de la délimination de l'hystérie serait simple : l'hystérie devant être réduite au pithiatisme de Babinski. Toutefois, certains auteurs s'expriment encore comme si ce démembrement n'avait pas eu lieu, et envisagent sous le nom d'hystérie la vieille hystérie de Charcot et d'avant Charcot (1). Il semble même que depuis ces dernières années un retour en arrière se dessine à ce sujet. Ce retour en arrière est-il justifié ? ou bien au contraire faut-il limiter rigoureusement l'hystérie au pithiatisme ? C'est ce que nous allons maintenant envisager en nous aidant des récentes recherches sur les fonctions psycho-motrices.

B. Hystérie et syndromes psychomoteurs

Laissons maintenant de côté les discussions historiques et nosographiques, et reportons-nous sur le terrain clinique, en envisageant les divers types de troubles de la motilité qui peuvent se présenter.

Voici tout d'abord le syndrome le plus simple, le plus précis, le *syndrome pyramidal,* tel qu'il se manifeste par exemple dans l'hémiplégie banale avec contracture. L'aspect du côté paralysé est caractéristique : l'attitude du membre supérieur en flexion, du membre inférieur en extension, la prise des petits muscles des extrémités, les dissociations si remarquables et l'atteinte élective de certains groupes musculaires réalisent un aspect *absolument différent de ce qui pourrait être reproduit par la volonté.* L'hémiplégie pyramidale est inimitable.

D'autre part, l'aspect de la contracture élastique et régulière, l'existence de signes objectifs précis (clonus, signe de Babinski, exagération des réflexes, etc...) permettent un diagnostic facile. Il existe en outre du côté hémiplégié des troubles neuro-végétatifs importants (refroidissement, œdème, modification de l'indice oscillométrique, etc...). Enfin, le trouble

(1) En corrigeant les épreuves, nous recevons le récent livre de Dide : *L'hystérie et l'évolution humaine.* Flammarion, éd.

moteur reste, en majeure partie, indépendant des *actions psychiques :* la volonté, l'effort ne peuvent guère le modifier, pas plus que les émotions. Il s'agit bien d'un trouble moteur à peu près pur.

Voici maintenant un cas de parkinsonisme, c'est-à-dire de *syndrome extra-pyramidal.* Là aussi, l'aspect est caractéristique : l'attitude générale en flexion, l'aspect figé, le rythme spécial du tremblement, tout cela est également différent de ce qui pourrait être reproduit par la volonté.

Le caractère plastique de la contracture, l'existence de modifications objectives dans le domaine des réflexes de posture, des réflexes d'attitude, des réflexes d'équilibration, l'action élective de la scopolamine constituent également des signes précis. On note en outre des troubles *neuro-végétatifs* importants (sialorrhée, troubles vasomoteurs, etc.).

Toutefois, le trouble moteur reste moins indépendant du psychisme : l'émotion peut l'augmenter d'une façon considérable, et l'on sait combien, au début surtout, les signes de parkinsonisme apparaissent à l'occasion des émotions ; il en est de même de toutes les causes de mise en tension nerveuse : effort, fatigue, qui peuvent accentuer considérablement le tremblement et la contracture (Froment, de Jong). Enfin, la contracture peut disparaître brusquement momentanément (kinésie paradoxale), parfois même au cours d'accès confusionnels comme nous l'avons souligné avec Dereux.

En un mot, malgré des signes moteurs très précis, le syndrome extra-pyramidal peut être notablement modifié par les facteurs psychiques.

Voici maintenant un troisième type de malade : *un catatonique.* A première vue, en présence de la raideur généralisée, de l'attitude en flexion, de l'akinésie, de la sialorrhée, des troubles végétatifs, il pourrait rappeler le syndrome parkinsonien. Mais à un examen approfondi que de différences! Dans la catatonie, la raideur prend l'aspect d'une contracture active, comme une contraction volontaire, les membres prennent des attitudes extrêmement variables suivant les moments, la face n'est pas vraiment figée, mais grimaçante, ou vide d'expression mimique. On ne note pas les mêmes perturbations des réflexes de posture, mais des pseudo-réflexes de posture (Delmas-Marsalet, Claude, Baruk et Thévenard), véritable réaction psychique d'anticipation ou d'accompagnement de mouvements passifs, la scopolamine n'a pas l'action élective sur la contracture qu'elle a chez le parkinsonien, etc...

Ici, le trouble moteur est *indissolublement fusionné avec l'état psychique :* on peut voir tout d'un coup le malade se déraidir totalement pour prendre un objet qui l'intéresse, son comportement peut être différent suivant les personnes, et d'une variabilité déconcertante ; à certains moments peuvent survenir des crises de gesticulations impressionnantes (pathéticismus) ou des impulsions. Fait encore plus démonstratif, la raideur et le trouble moteur semblent varier proportionnellement à l'état d'engourdissement psychique : si, par un moyen quelconque, lorsque le trouble n'est pas trop accentué, on peut réveiller l'attention du malade, la raideur peut diminuer ou disparaître momentanément, tandis qu'elle reparaît dès que le sujet abandonné à lui-même retombe dans la torpeur. C'est ce que nous avons désigné sous le nom d'hypertonie psychomotrice, et de sommeil cataleptique. De même, un bruit imprévu, une diversion psychique peuvent faire cesser brusquement la conservation des attitudes.

En un mot, contrairement aux syndromes précédents, l'état catatonique consiste dans une perturbation simultanée psychique et motrice mettant en cause les processus les plus élevés de la motricité, c'est-à-dire ceux de la *mise en train volontaire.* C'est ce que nous désignons sous le nom de *syndrome psychomoteur.* Ce syndrome, formé lui-même en grande partie de troubles mentaux, est largement influencé par les conditions psychothérapiques (milieu, entourage, paroles prononcées, action suggestive, comportement affectif). Toutefois, il est *impossible de faire disparaître la catatonie par persuasion :* parfois, on peut, momentanément, réveiller partiellement le malade, et diminuer un peu sa raideur. Mais il ne s'agit pas là de la guérison de l'accès catatonique.

Voici maintenant un dernier type de malade, un *hystérique.* Ici, les troubles mentaux n'attirent pas, comme chez le catatonique, l'attention : la présentation du malade est sensiblement normale ; il paraît lucide, sans délire, sans perturbation importante du comportement. Ce sont les troubles moteurs qui se présentent d'emblée à l'observateur, et c'est pourquoi le clinicien pourrait être orienté à première vue vers l'hypothèse d'un syndrome de localisation pyramidale ou extrapyramidale.

Mais, à un examen plus approfondi, on ne tarde pas à s'apercevoir que ce trouble moteur diffère notablement de tous les autres syndromes de localisation anatomique connus en neu-

rologie : s'agit-il d'une contracture ? On ne retrouve ni l'attitude si spéciale et les dissociations musculaires des contractures pyramidales, ni même les attitudes parfois si irrégulières et capricieuses de certaines contractures extra-pyramidales (striées ou autres, etc.), mais une sorte de *contraction en bloc* de tout le membre ou d'un segment de membre exactement comme une *contraction volontaire*.

Cette analogie est encore accentuée par l'aspect de résistance active que l'on rencontre lorsqu'on veut vaincre la contracture. C'est comme une sorte de *négativisme,* qui peut lâcher par moment, puis reprend comme si le malade avait oublié la consigne.

S'agit-il de mouvements anormaux, de tremblements ? Ceux-ci n'ont pas l'aspect de mouvements plus ou moins individualisés, mais de véritables sauts coordonnés, ressemblant également à un saut volontaire. *Ce caractère d'apparence volontaire des troubles est capital :* On pourrait croire, au premier abord, qu'il s'agit là d'une notion un peu artificielle, qu'il n'existe pas de différences si nettes entre, par exemple, des mouvements plus ou moins complexes d'une chorée ou d'une athétose, et certains mouvements anormaux pithiatiques. Qu'on examine alors par comparaison et en même temps deux de ces malades côte-à-côte : chez le premier, les mouvements, si complexes soient-ils, gardent toujours cette apparence désordonnée, brusque, isolés les uns des autres, tandis que, chez le second, les mouvements constituent de *véritables gestes parfaitement coordonnés, enchaînés les uns dans les autres, et comme adaptés à un but.* Sans doute, ces distinctions demandent-elles une fine éducation séméiologique, et il suffit de se rappeler les longs examens silencieux de Babinski pour savoir combien l'observation du malade doit être serrée et précise. Mais les distinctions que nous venons d'indiquer éclatent néanmoins à tout œil un peu exercé. D'ailleurs, la recherche négative dans le pithiatisme des signes réflexes ou autres, propres aux affections pyramidales ou extra-pyamidales, confirme ensuite cette différenciation.

Cette analogie *morphologique* du trouble pithiatique et de l'action motrice volontaire n'est, bien entendu, qu'une *analogie extérieure.* Tout se passe *comme s'il* s'agissait d'une contraction ou d'un mouvement volontaire. Mais il est évident, comme nous le verrons plus loin, que cette analogie ne doit pas être poussée plus loin. Il est bien certain, par exemple,

qu'une action volontaire vraie ne pourrait maintenir une contracture pendant des semaines ou des mois, comme le fait le pithiatique. Mais, dans les deux cas, le trouble représente une mise en jeu d'un appareil moteur infiniment *plus coordonné, plus complexe et plus adapté* que celui des autres *systèmes moteurs anatomiques connus*, et c'est là la notion essentielle au clinicien pour établir le diagnostic. *C'est cette activité synthétique et cette forme adaptée* qui constituent l'apparence volontaire, et qui permettent de ranger le trouble pithiatique dans le cadre des *troubles psychomoteurs.*

Les caractères précédents sont enfin confirmés par l'*épreuve psychothérapique.* Exerce-t-on, en effet, une action persuasive (armée ou non), on détermine la disparition complète de tous les troubles, la *restitutio ad integrum.* En un mot, le syndrome pithiatique, comme le syndrome catatonique, réalise donc bien l'aspect d'un syndrome moteur intimement fusionné avec le psychisme, et offrant l'apparence d'une action motrice volontaire, mais il présente en plus la propriété spéciale d'être essentiellement *curable totalement et quasi-immédiatement.*

Ce critère thérapeutique est essentiel. Il demande à être précisé, car il semble qu'il existe souvent à ce sujet, dans les discussions, des malentendus. Quand nous disons qu'un trouble est curable par persuasion, ceci veut dire que le médecin a le pouvoir de le guérir totalement et, en quelque sorte, à volonté. C'est là vraiment la définition du pithiatisme de Babinski.

De nombreux autres troubles peuvent être plus ou moins modifiables par l'action psychothérapique : par exemple, certaines crises oculogyres de l'encéphalite léthargique peuvent être diminuées partiellement sous l'influence de conditions affectives, les mouvements choréiques sont également très notablement accentués par la fatigue, l'émotion, ou, au contraire, notablement atténués par le repos, le réconfort, etc. Mais il ne s'agit pas là d'une *guérison* (1), mais seulement d'une *modification passagère.* Il en est de même de nombreux troubles nerveux susceptibles de rééducation lente et progressive.

---

(1) Dans le vrai pithiatisme, cette guérison impressionnante est encore possible, même après des années, comme dans le cas d'un malade de Noica, guéri en 15 minutes d'une paraplégie ou plutôt d'une triplégie qui durait depuis 12 ans. (Noica : *Soc. de Neur.*, 7 février 1929).

Tous ces cas doivent être rigoureusement distingués du vrai pithiatisme, dont la physionomie est très particulière, et encore trop souvent malheureusement méconnue. Il serait très utile d'illustrer ces notions cliniques par des exemples concrets et des observations détaillées. Les limites imposées à ce rapport ne nous permettent pas malheureusement de le faire. Rappelons seulement que les troubles psychomoteurs pithiatiques peuvent prendre des aspects variés.

Les plus caractéristiques sont les contractures (monoplégie, paraplégie, hémiplégie, etc.), réalisant l'apparence extérieure d'une contraction volontaire, et disparaissant totalement d'une façon si impressionnante, sous l'influence du traitement. On peut observer aussi des tremblements, ou plus exactement, des sursauts, parfois très violents, également imitables par la volonté et curables de la même façon.

Plus délicate est la définition des *crises nerveuses.* On se borne en général à opposer deux types de crises : la crise épileptique à manifestations convulsives, inconscientes et amnésiques, la crise hystérique à manifestations psychiques et conscientes. L'habitude, prise maintenant, de considérer la crise hystérique comme artificielle, a fait beaucoup trop négliger l'observation clinique détaillée de cet ordre de crises. Ces crises présentent en effet, pour tout observateur impartial, des aspects cliniques assez précis, et beaucoup moins fantaisistes qu'on ne le croit habituellement.

Tantôt il s'agit de la *crise d'énervement,* le malade sent monter alors en lui une tension nerveuse de plus en plus grande, il tâche d'abord de la contenir, puis finalement, se laisse aller à des mouvements désordonnés, à des sanglots, etc... Cette *décharge motrice amène alors le soulagement.*

Tantôt il s'agit de la *crise de catalepsie* (1) (ancien sommeil hystérique) : le malade est alors momentanément pétrifié, comme une statue ; il a perdu soudain l'initiative motrice, toute action volontaire est suspendue, mais la conscience est conservée ; il entend et voit tout. D'autres fois, il peut s'agir de crises de gesticulations, parfois d'onirisme, etc... Mais ces *diverses crises (crises psychiques) ne s'observent pas uniquement dans l'hystérie : des crises d'énervement ou des crises*

---

(1) Nous avons étudié tout spécialement, depuis environ huit ans, ces crises de catalepsie et leurs nombreuses variétés étiologiques. (Voir notamment les publications suivantes).

de catalepsie peuvent se manifester au cours des psychoses (1-2) (catatonie, démence précoce, etc.), *et aussi au début de diverses affections organiques cérébrales* (3-4) (sclérose en plaques, paralysie générale, épilepsie, encéphalites, etc.), comme nous en avons observé maints exemples.

Comment peut-on distinguer ces crises psychiques symptomatiques des crises purement pithiatiques ? On doit se fonder surtout en faveur du pithiatisme sur l'intensité moins grande de la crise, sur l'absence de troubles mentaux importants (délire, désagrégation) et surtout sur les résultats de l'épreuve thérapeutique et sur la possibilité de guérison rapide. J'ai étudié spécialement [dans la thèse de mon élève Sidawy (5)] ce problème de diagnostic différentiel en ce qui concerne les crises de catalepsie pithiatique, et les autres crises de catalepsie de la catatonie ou d'autres affections cérébrales.

Cette différenciation peut être parfois fort difficile. Elle est encore plus délicate en *pathologie infantile,* où les diverses variétés de crises nerveuses sont bien moins tranchées que chez l'adulte et où l'on peut observer des transitions non seulement entre la crise pithiatique et les autres types de crises psychiques (crise d'énervement, d'automatisme, etc...), mais même entre les crises névropathiques et certaines crises épileptiques. Nous avons longuement étudié tous ces faits (6).

Aussi peut-on conclure que c'est en *ce qui concerne la question des crises nerveuses que le territoire de l'hystérie est le plus difficile à limiter.* Il semble bien qu'il n'existe pas de fossé profond entre la crise hystérique simple et d'autres crises nerveuses psychopathiques symptomatiques. C'est une question

---

(1) H. Baruk et Meignant. — Crise de catalepsie hystérique. Catalepsie, sommeil pathologique et catatonie. *Soc. de Psychiatrie,* 15 mars 1928 ; *Encéphale,* 1928.

(2) H. Claude et H. Baruk. — Les crises de catalepsie. Leur diagnostic avec le sommeil pathologique. Leurs rapports avec l'hystérie et la catatonie. *Encéphale,* n° 5, mai 1928, p. 373.

(3) H. Baruk et D. Lagache. — Catalepsie et épilepsie. Leur association dans quelques affections cérébrales (troubles vasculaires, hypertension intra-cranienne). *Ann. Méd.-Psych.,* n° 2, février 1933.

(4) H. Baruk et Poumeau-Delille. — Crises de catalepsie avec aphasie, apraxie, perturbations instinctives. Mort en état de mal cataleptique. *Soc. de Neur.,* déc. 1934.

(5) Sidawy. — La catatonie intermittente. Diagnostic différentiel avec la crise de catalepsie hystérique. *Thèse Paris,* Lac, éditeur, 1931.

(6) H. Baruk. — Les crises nerveuses de la seconde enfance. Différenciation clinique et parentés physiologiques des crises épileptiques et des crises psycho-névropathiques. *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie,* n° 2, février 1933.

de degré. Toutes ces crises traduisent surtout une suspension transitoire des *fonctions psychomotrices volontaires :* la volonté est inhibée, mais le reste du psychisme subsiste. C'est cette dissociation partielle qui distingue ces crises de la crise d'épilepsie, à la fois plus brutale et plus profonde, et qui suspend en général non seulement la volonté, mais encore la conscience.



En résumé, à côté des grands types de troubles moteurs décrits en neurologie, c'est-à-dire à côté des troubles pyramidaux et extra-pyramidaux, nous estimons qu'il y a lieu d'individualiser un troisième grand groupe : celui des *troubles psychomoteurs. Ces troubles psychomoteurs réalisent un aspect identique à l'action volontaire et sont intimement liés avec le psychisme.* Toutefois, ils présentent eux-mêmes deux variétés :

a) une variété de troubles psychomoteurs au cours d'une véritable psychose, non guérissables par la persuasion : c'est le syndrome catatonique ;

b) une variété dans laquelle le psychisme ne paraît pas grossièrement altéré, et dans laquelle les troubles psychomoteurs peuvent être guéris par la persuasion. C'est le pithiatisme de Babinski.

C'est à ce pithiatisme seulement, à notre avis, que doit s'appliquer le terme d'hystérie. Peut-être même, afin d'éviter tout malentendu, serait-il préférable d'abolir définitivement de la nosographie médicale le terme d'hystérie, objet continuel de malentendus, et d'adopter le terme précis de pithiatisme, qui a en outre l'avantage de ne pas présenter la valeur péjorative de ce terme « d'hystérie ».

Cependant, tous les neurologistes ne sont pas d'accord avec cette limitation et cette définition de l'hystérie.

Certains n'admettent pas l'existence du pithiatisme. Se fondant sur l'importance donnée au rôle de la suggestion, ils font remarquer que la suggestibilité est une propriété psychologique extrêmement banale, observée dans les névroses les plus diverses, chez les émotifs, et même à l'état normal, et qu'elle ne peut constituer le critère d'un syndrome pathologique défini. Telle est la conception

d'Hartenberg (1). On peut répondre à cela que la définition clinique du pithiatisme ne repose pas seulement sur l'existence de la suggestibilité, mais sur le fait qu'il s'agit d'un état *guérissable par persuasion.* Il existe certes, en psychiatrie, de nombreux syndromes où la suggestibilité est extrême. Celle-ci présente même les caractères les plus nets chez les déments précoces et les catatoniques qui offrent une prise extraordinaire à toutes les influences suggestives. *Cependant, il est impossible de guérir ces malades par persuasion.* Quelle que soit l'opinion pathogénique que l'on professe (et à ce point de vue c'est à notre avis un grand tort de mélanger la pathogénie et l'observation clinique), il se pose d'abord une simple question de fait : existe-t-il des malades présentant un syndrome neurologique susceptible d'être guéri quasi-instantanément par persuasion ? La réponse affirmative n'est pas douteuse, et la réalité clinique du pithiatisme de Babinski nous semble indubitable. Nous disons à dessein « la réalité clinique », car il ne s'agit pas d'autre chose que d'une définition clinique, n'ayant en vue que les nécessités de la pratique, du diagnostic et de la thérapeutique. Que ce pithiatisme soit lié à la suggestion, ou à d'autres causes psychologiques ou physiologiques, c'est là une toute autre question, que nous discuterons dans la seconde partie de ce travail. Mais le premier problème à résoudre, c'est celui de son existence clinique, qui, à notre avis, ne peut être mis en doute.

Tout en admettant le pithiatisme de Babinski, d'autres auteurs estiment qu'à côté de ce pithiatisme, il existe un état spécial de l'hystérie, qui déborderait les limites du pithiatisme. Dans cet ordre d'idées, il faut citer tout d'abord les travaux très importants de *Janet* (2), qui centrent le problème de l'hystérie sur la notion de désagrégation mentale et sur la tendance au dédoublement de la personnalité, notions évidemment assez extensives.

De son côté, le Pr Claude (3-6) définit l'hystérie comme « la capacité que possède le sujet d'isoler et de fixer de façon durable certaines manifestations de l'activité motrice, sensitive, sensorielle ou psychique, en dehors de toute intervention apparente de la volonté et de la conscience ». Il rapproche cette faculté de disso-

---

(1) Hartenberg. — Que reste-t-il de l'hystérie ? *La Clinique,* octobre 1933.

(2) P. Janet. — *Etat mental des hystériques,* 1894, Rueff, éditeur.

(3) H. Claude. — Définition et nature de l'hystérie. *Congrès des aliénistes et neurologistes.* Genève et Lausanne, août 1907.

(4) H. Claude. — L'hystérie dans ses rapports avec divers états psychopathiques. *Encéphale,* juin 1923, p. 449.

(5) H. Claude et Tinel. — Fausse démence précoce par persévération hystérique d'une crise dépressive. *Semaine des Hôpitaux de Paris,* 9 avril 1926.

(6) H. Claude. — Maladies du système nerveux. Baillière : *Chapitre Hystérie.*

ciation, d'une part, de certains mécanismes psychasthéniques de Janet, et, d'autre part, de certains états schizophréniques, dans lesquels le malade, « s'évade en quelque sorte de la réalité » (schizozes). Cette évasion se produirait notamment pour Claude sous l'empire des émotions ou de causes affectives qui constituent selon lui le facteur étiologique capital. Celles-ci n'agiraient d'ailleurs que par l'intermédiaire de perturbations « dynamiques » ou endocrino-sympathiques survenant sur un terrain constitutionnel héréditaire ou acquis.

Une autre objection, qui a été faite surtout depuis la fin de la guerre et durant ces dernières années, réside dans le rapprochement de l'hystérie et du pithiatisme des *syndromes extra-pyramidaux*. C'est l'opinion défendue notamment par Marinesco (1-6), et ses élèves, en particulier Radovici, Draganesco, Sager, Jordanesco, Kreindler, Nicolesco, et également en partie par Papastratigaris (7), etc... Ces divers auteurs ont été frappés par la ressemblance qui leur paraît exister entre certaines manifestations post-encéphalitiques, comme les crises oculogyres, les crises toniques extra-pyramidales, et les descriptions de l'ancienne hystérie. De là à penser que les manifestations hystériques pouvaient être liées à certaines perturbations des noyaux centraux, il n'y avait qu'un pas, et c'est ainsi qu'est née la conception du rôle de perturbations des centres végétatifs ou diencéphaliques dans l'hystérie (Vogt, Marinesco, Van Bogaert, etc...).

Cette question si délicate a été, nous semble-t-il, fort embrouillée parce qu'on a mélangé le problème clinique et le problème pathogénique. Deux questions se posent en effet : 1° Peut-on assimiler les manifestations hystériques aux syndromes extra-pyramidaux

---

(1) Marinesco. — Mécanisme physiologique de certains troubles hystériques. *El libro de oro en honenage al doctor Gregorio troz Alfaro*. Buenos-Aires, 1925.

(2) Marinesco, Radovici et Draganesco. — Crises de déviation conjuguée de la tête et des yeux au cours du parkinsonisme post-encéphalitique. *Revue Neurol*, t. 1, 1925.

(3) Marinesco et Radovici. — Mécanisme physiologique des crises hystériformes et de déviation conjuguée de la tête et des yeux au cours du parkinsonisme. *Rev. Neur.*, 4 février 1926.

(4) Marinesco et Draganesco. — Forme nouvelle de maladie familiale d'origine extra-pyramidale caractérisée par des crises paroxystiques d'hypertonie. Ses rapports avec l'hystérie. *Rev. Neur.*, 1929, t. I.

(5) Marinesco et Radovici. — Des rapports de certains troubles de l'encéphalite épidémique avec les troubles hystériques. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1926, t. XXVI, n° 5 et *Rev. Neur.*, 1927, t. I, p. 180.

(6) Marinesco, Nicolesco, Jordanesco. — Sur le mécanisme physiologique de certains troubles hystériques et leurs rapports avec les phénomènes d'origine extra-pyramidale. *Journ. de Psychol.*, juin-juillet 1928.

(7) Papastratigaris. — Hystérie et syndromes extra-pyramidaux. *Encéphale*, février 1928, p. 116-127.

connus en neurologie ? 2° Existe-t-il dans l'hystérie des perturbations des centres végétatifs de la base du cerveau ? Nous répondrons seulement à la première question, la seconde devant être traitée par notre ami, Van Bogaert. Peut-on superposer l'hystérie telle que nous l'avons définie plus haut et les syndromes liés à des lésions précises des noyaux centraux ? Nous avons rappelé plus haut, qu'à première vue, on peut être frappé d'une vague ressemblance extérieure entre certains syndromes extra-pyramidaux et les syndromes psychomoteurs. Nous-mêmes, dans nos premières recherches, nous étions partis, du moins à titre d'hypothèse de travail, de certaines analogies (1). Nous avons acquis toutefois la conviction qu'il est possible de séparer, en clinique, les signes de la série extra-pyramidale des signes de la série psychomotrice. Nous avons exposé, dans de nombreuses recherches, cette différenciation. Rappelons seulement qu'elle est fondée, notamment, en ce qui concerne la série psychomotrice, sur l'existence d'une contrac-

---

(1) Le 19 octobre 1928, j'ai publié avec MM. Tinel et Lamache, à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, une observation intitulée : « Crise de catalepsie hystérique et rigidité décérébrée » (*Soc. Méd. Hôp.*, 1928, p. 1421). Cette communication a donné lieu à une importante discussion, à laquelle prirent part notamment MM. Babinski, Souques, René Benard et Laubry.

Cette communication ne visait qu'à mettre en évidence certains facteurs physiologiques, sans mettre en doute la distinction clinique entre l'hystérie et les affections organiques (voir à ce sujet la discussion qui a suivi la séance du 16 novembre, *Soc. Méd. des Hôp.*, 1928, p. 1507).

Toutefois, elle fut l'objet de multiples commentaires, d'où pouvaient naître certains malentendus. C'est pourquoi à l'occasion d'une analyse que m'avait communiquée mon ami le Dr Saucier (de Montréal), j'ai exposé dans une lettre au Dr Saucier (déc. 1928, lettre parue dans l'*Union Médicale du Canada*, août 1929, p. 494), mes conceptions qui consistaient déjà à centrer l'étude de l'hystérie et aussi de la catatonie, sur la notion de *troubles psychomoteurs*, distincts des syndromes extra-pyramidaux. J'ai développé longuement cette conception des syndromes psychomoteurs au point de vue clinique et physiologique, dans une série de publications, soit seul, soit en collaboration avec le professeur Claude. Voir notamment :

Claude et Baruk. — La Catatonie. *Presse Médicale*, 26 déc. 1928 ; Les troubles psychomoteurs d'origine cérébrale. *Presse Médicale*, 18 février 1931.

Claude et Baruk. — Le tonus musculaire psychomoteur et les variations dynamiques de l'activité cérébrale. *Congrès de Berne*, août-septembre 1931.

H. Baruk. — Quelques considérations sur les affections organiques et organo-psychiques cérébrales. *Revista Argentina de Neur., Psyc. et Medicina legal.*

H. Baruk. — A propos des facteurs régulateurs de la motilité volontaire. Les fonctions cérébrales psychomotrices au point de vue clinique et expérimental. *Revue Neurol.*, n° 5, nov. 1931.

Rappelons que notre conception des troubles psychomoteurs est tout à fait différente de celle de Logre, exposée dans la thèse de son élève Bernardou (La Psychomotricité pathologique, *Th. Paris*, 1922), dans laquelle il oppose une psychomotricité centripète, à point de départ moteur, à une psychomotricité centrifuge, à point de départ purement psychique.

tion rappelant la contraction volontaire, au lieu d'une contracture, sur l'absence de vraie perturbation des réflexes de posture, d'attitude et d'équilibration, sur l'absence de l'action élective de la scopolamine (épreuve de Delmas-Marsalet).

Enfin, les *interréactions motrices et psychiques sont souvent inverses dans les deux cas :* dans la série psychomotrice (lorsque, toutefois, la maladie n'est pas trop accentuée), la mise en tension, le réveil ou l'invigoration psychique peut amener une rétrocession, soit partielle (catatonie), soit complète (pithiatisme) des troubles moteurs ; au contraire, dans la série extra-pyramidale, la mise en tension volontaire provoque souvent un grand renforcement de la contracture, et parfois même un véritable barrage moteur, comme cela a lieu d'une façon si impressionnnante dans les syndromes wilsoniens.

Enfin, les quelques modifications obtenues passagèrement par la psychothérapie ou la rééducation dans certains syndromes extra-pyramidaux ne sont nullement comparables à l'action immédiate et impressionnante de ces facteurs thérapeutiques de l'hystérie : *nous ne pensons donc pas qu'on puisse soutenir l'assimilation de l'hystérie et des syndromes liés aux lésions anatomiques de la voie extra-pyramidale.*

D'ailleurs, Marinesco lui-même ne soutient pas la doctrine d'une assimilation complète, mais insiste plutôt sur une certaine ressemblance. De même, les importants travaux de Van Bogaert (1-2), soit seul, soit en collaboration avec Delbeke, relatifs aux crises oculogyres de l'encéphalite et à certaines crises nerveuses observées dans des affections de la base du cerveau, ont trait surtout à des comparaisons, avec divers états psychopathiques et névropathiques plutôt qu'à une superposition stricte. Quant aux publications de Tinel (3) et de nous-mêmes sur ce sujet, elles concernent surtout des problèmes généraux relatifs à certaines manifestations névropathiques ou psychopathiques plus qu'au pithiatisme vrai. Nous ne pouvons reprendre ici, dans toute son ampleur, cette question qui doit faire l'objet, d'ailleurs, du rapport de notre ami, Van Bogaert (4). Rappelons seulement qu'elle a donné lieu, à la Société

---

(1) Ludo Van Bogaert. — Sur les états hallucinatoires au cours des crises oculogyres de l'encéphalite épidémique. *Arch. suisses de Neurol. et de Psych.*, vol. XXXII, fasc. 2, 1933.

(2) Delbeke et Van Bogaert. — Le problème général des crises oculogyres au cours de l'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale*, n° 10, déc. 1928.

(3) Tinel et Baruk. — Crises toniques oculogyres d'origine encéphalique. Leurs relations avec les crises migraineuses, comitiales, et avec les états anxieux. *Soc. de Psych.*, Paris, 18 nov. 1926 ; *Encéphale*, 1926, n° 10, p. 779.

(4) Ludo Van Bogaert. — Un problème doctrinal remis en question par l'étude de l'encéphalite léthargique. Hystérie et Pithiatisme. *Soc. suisse de Psychiatrie*, 7 déc. 1930.

de Neurologie de Paris, à une discussion, à propos d'une communication de Radovici (1). A cette discussion prirent part MM. Souques, Roussy, Froment et Babinski. Tous soulignèrent les différences qui existent entre le pithiatisme et les syndromes extra-pyramidaux. Les travaux du Pr Froment (2-3), de Lyon ont montré, d'une façon incontestable à notre avis, l'impossibilité d'assimiler en clinique l'hystérie aux syndromes striés. On trouvera d'ailleurs, dans la remarquable thèse d'Imbert (4), inspirée par le Pr Froment, tous les détails à ce sujet, ainsi qu'un exposé complet des divers tests spécialement étudiés par le Pr Froment pour la différenciation de ces deux ordres de troubles.

En ce qui concerne l'encéphalite épidémique, il faut également serrer les faits cliniques de plus près. Il est hors de doute qu'on peut observer, au cours de cette maladie, les syndromes névropathiques ou psychopathiques les plus variés (émotivité, obsession, sensibilité nerveuse). Mais on confond trop souvent troubles nerveux et hystérie. Celle-ci doit être limitée à une *définition précise*. C'est seulement sur cette base que l'on peut discuter cette question.

Enfin, d'autres auteurs, tout en paraissant se rallier à la définition clinique du pithiatisme de Babinski, discutent l'étendue de ce groupe nosologique et veulent en distraire quelques éléments. C'est ainsi que Rouquier n'admet plus l'existence d'hémiplégie flasque pithiatique (5), ni d'astasie-abasie trépidante de cette nature (6). De ces deux syndromes, le premier ressortirait, selon lui, à une atteinte pyramidale déficitaire, le second, à une atteinte extra-pyramidale.



---

(1) Radovici. — L'hystérie et les états hystéroïdes organiques. *Soc. de Neur. de Paris,* 5 juin 1930 ; *Rev. Neur.*, 1930, p. 1164.

(2) Froment. — Babinski après Charcot et après Duchesne de Boulogne devant le problème de l'hystérie. *Journal de Médecine de Lyon,* 20 juin 1934.

(3) Froment. — Discussion. *Rev. Neur.*, 1930, p. 1169.

(4) Imbert. — Le problème de l'hystérie dans le Passé, et en face des états striés post-encéphalitiques. *Thèse de Lyon,* 1931, Bosc et Rion, éditeurs.

(5) Rouquier et Darré. — Hystérie et syndromes extra-pyramidaux. *Encéphale,* sept-oct. 1928, p. 756.

Rouquier. — Les hémiplégies hystériques et pithiatiques. *Gazette des Hôpitaux,* 21 oct. 1931.

Rouquier. — Syndrome moteur atypique à forme hémiplégique d'origine extra-pyramidale, séquelle d'une névraxite. *Soc. de Neur.*, 1er mars 1928.

Rouquier. — Hémiplégie de type dit hystérique ou pithiatique, manifestation initiale d'un gliome du corps calleux. *Soc. de Neur.*, 16 fév. 1932.

(6) Rouquier. — Astasie, abasie trépidante. Origine organique totale du syndrome. *Strasbourg médical,* 15 déc. 1930 ; et Conséquences de l'hystérie. *Gaz. Méd. de l'Est,* mai-juin 1934 et *Gaz. des Hôpitaux,* 26 nov. 1932.

Les diverses conceptions critiques relatives au pithiatisme que nous venons de rapporter, quel que soit leur intérêt au point de vue pathogénique, n'apportent pas toutefois les éléments d'une *définition clinique véritablement pratique de l'hystérie*. Le pithiatisme de Babinski reste donc le seul syndrome vraiment précis en clinique. Si la définition clinique de Babinski donne encore lieu à tant de discussions, c'est peut-être parce qu'elle n'est pas toujours comprise surtout par ceux qui n'ont pas suivi de près son enseignement et que l'on tend trop souvent à étendre à d'autres névroses le domaine si limité du pithiatisme.

D'autre part, le critère de la suggestion peut devenir parfois l'objet d'interprétations multiples, et est assez délicat à manier dans la pratique. En outre, l'épreuve thérapeutique est évidemment capitale, mais elle ne doit constituer qu'un moyen de contrôle : le diagnostic doit pouvoir être fait avant.

Aussi serait-il utile, pensons-nous, de donner, *pour le praticien*, une définition de l'hystérie *permettant, par une observation clinique simple*, et sans faire appel à aucune interprétation psychologique ou pathogénique compliquée, de faire un diagnostic exact.

Cette définition pourrait tenir dans les quatre propositions suivantes (qui ont trait d'ailleurs surtout suivant le titre de ce rapport, aux troubles moteurs, et laissent de côté la question si discutée des troubles sensitifs ou sensoriels).

1° *Le trouble hystérique réalise, du moins dans son apparence extérieure, un aspect analogue à celui d'une action volontaire* (trouble psycho-moteur).

2° *Il ne s'accompagne pas de modifications objectives des réflexes tendineux ou cutanés, ni des signes habituels des lésions anatomiques de localisation actuellement connues* (*lésions pyramidales, extra-pyramidales*).

3° *Il ne s'accompagne pas de troubles psychiques grossiers* (1) (*délire, troubles graves du comportement, etc...*) *sus-*

(1) Nous ne voulons pas dire par là qu'il n'existe pas de perturbations psychiques dans l'hystérie. Il existe au contraire des perturbations psychologiques très spéciales et très importantes, que nous étudierons plus loin. Mais nous voulons dire que ces troubles psychologiques restent plus ou moins dissimulés, tout au moins qu'ils n'attirent pas d'emblée l'attention, en un mot que le malade ne se présente pas au premier abord à l'observateur comme un malade mental. Lorsqu'on a affaire à

ceptibles de donner au malade l'aspect d'un vrai psychopathe ou d'un aliéné, ni à aucun moment de l'abolition de la conscience ou du souvenir.

4° *Il peut être guéri totalement et quasi immédiatement par un procédé plus ou moins psychothérapique.*

Cette définition permet non seulement de distinguer le trouble pithiatique des autres troubles de localisation neurologique conformément aux notions établies par Babinski, mais encore de différencier le trouble psychomoteur pithiatique des autres troubles psychomoteurs, de la catatonie et des psychoses, distinction importante au point de vue pronostic et thérapeutique.

Mais maintenant que nous avons précisé ces problèmes de diagnostic pratique, on peut se demander pourquoi ces deux variétés de troubles psychomoteurs, d'un aspect morphologique si analogue, semblent retentir si différemment sur le comportement mental ? Pour répondre à cette question, nous allons exposer maintenant les résultats de leur étude comparative psycho-physiologique.

---

un syndrome psychomoteur (contracture, crises nerveuses, etc...), accompagnés de gros troubles psychiques (délire, agitation, troubles du comportement), il ne s'agit plus d'hystérie, mais d'une psychose. L'ancienne folie hystérique a été en effet complètement démembrée : tout au plus peut-on citer parfois chez certains pithiatiques quelques phénomènes d'onirisme imaginatif discrets, qui, en dehors de certains accidents collectifs et historiques liés à la contagion mentale et que nous n'étudions pas ici, sont assez rares en pratique.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE COMPARATIVE PSYCHO-PHYSIOLOGIQUE DE L'HYSTERIE ET DES AUTRES TROUBLES PSYCHO-MOTEURS

Nous nous sommes bornés jusqu'à présent à la définition clinique de l'hystérie, définition qui doit rester purement pratique et non pathogénique. Maintenant que nous avons circonscrit notre champ d'observation, nous pouvons aborder les problèmes physiologiques et psycho-physiologiques.

Babinski, dans son œuvre essentiellement clinique, a surtout en vue les moyens de diagnostiquer l'hystérie, et par suite de la guérir. Les résultats pratiques qu'il a ainsi obtenus ont une portée immense. Mais dans le domaine pathogénique, il s'est tenu à une prudente réserve, et le mécanisme du pithiatisme reste encore extrêmement mystérieux.

Certes, les théories ne manquent pas :

Suivant les auteurs, les manifestations hystériques sont considérées comme une réaction émotive avec isolement d'une idée (Claude), comme des phénomènes imaginatifs ou mythomaniaques (Dupré et Logre), comme des troubles de la synthèse psychologique avec tendance à la division de la personnalité (Janet), comme une sorte « d'engourdissement ou de sommeil localisé ou généralisé des centres cérébraux » (Sollier), comme une combinaison de manifestations somnolentes, émotives et de la fatigue (Klippel et M.-P. Weil), comme l'expression de refoulements affectifs (Breuer, Freud), comme une réaction de fuite avec manifestations instinctives primitives (Kretchmer), comme des perturbations de réflexes conditionnels (Pawlov, Marinesco, Tinel, etc...), etc..., etc...

Quant au rôle de la suggestion, s'il est admis par la plupart des auteurs, son mécanisme est très obscur, et on ne comprend pas le résultat si différent de la suggestibilité chez les hystériques, et chez tous les autres sujets.

Il n'entre pas dans l'objet de ce rapport de discuter toutes ces théories. Nous préférons aborder le sujet par une autre voie. Nous avons étudié dans le chapitre précédent la place de l'hystérie dans le groupe des syndromes psychomoteurs ; or, les connaissances, acquises récemment sur la physiologie des fonctions psychomotrices, peuvent-elles profiter à l'étude de la pathogénie de l'hystérie ? C'est la question que nous allons envisager.

Un des syndromes psychomoteurs les mieux définis et les plus propices aux explorations physiologiques, c'est la catatonie de Kahlbaum. Nous avons vu d'ailleurs que celle-ci a été distraite du territoire de l'ancienne hystérie. Examinons donc comparativement les données physiologiques que nous possédons d'une part sur le syndrome psychomoteur catatonique, d'autre part sur le syndrome psychomoteur pithiatique, et nous verrons si de cette étude comparative peut sortir un essai de conception pathogénique de l'hystérie.

I

Données psycho-physiologiques sur le syndrome psychomoteur catatonique

Cliniquement, le syndrome psychomoteur catatonique comprend une raideur intense, généralisée, rappelant une contraction volontaire, l'abolition de l'initiative motrice avec catalepsie, des crises hyperkinétiques complexes dont certaines prennent la forme de crises à grand spectacle (pathéticismus de Kahlbaum), avec des attitudes d'extase, attitudes érotiques, clownisme, crises en arc de cercle, etc., alternant avec des impulsions, ou des stéréotypies, enfin des troubles organo-végétatifs d'une extrême intensité (sialorrhée, pâleur, acrocyanose orthostatique, spasmes digestifs intenses, etc...).

Depuis une dizaine d'années, nous avons procédé à l'exploration physiologique systématique de ces perturbations psychomotrices catatoniques en clinique humaine, et aussi dans

l'expérimentation animale (dans la catatonie expérimentale que nous avons réalisée pour la première fois avec de Jong). Nous nous bornerons à indiquer ici les principaux moyens d'explorations qui nous ont paru les plus intéressants en clinique humaine, et qui sont susceptibles d'être employés à l'exploration comparative de la catatonie et de l'hystérie. Ce sont les explorations électromyographiques, l'étude ergographique de la mise en train volontaire, celle des perturbations vestibulaires, des troubles vasculaires, et de l'état mental.

1° *Courbes électromyographiques.* — Nous avons, avec MM. Claude et Thévenard (1), puis avec Mlle Nouel (2), procédé pour la première fois à ces études électromyographiques dans la catatonie. Sans reprendre ici les détails de technique que nous avons exposé maintes fois, rappelons que nous avons exploré à l'électromyographe :

a) Les muscles raidis du catatonique, à l'état de repos.

b) Les muscles du catatonique au cours de la conservation des attitudes.

c) Les muscles au cours des mouvements passifs provoqués.

d) Les muscles au cours de la contraction volontaire commandée lorsque celle-ci est réalisable.

Ces diverses épreuves permettent d'étudier, d'une part, l'aspect qualitatif des courants d'action qui se produisent dans les muscles des catatoniques, d'autre part, le moment, la durée et les conditions de provocation des courants.

En ce qui concerne *l'aspect des courbes,* celles-ci réalisent, soit dans les muscles raides du malade dans sa position habituelle, soit au cours de la conservation d'attitude, un *double rythme* tout à fait analogue à celui de la contraction volontaire. Rappelons toutefois que ce caractère du double rythme présente encore des difficultés d'interprétation, et que certains physiologistes insistent sur certaines réserves dans la différenciation, à l'aide de ce procédé, des contractions de type volontaire et des contractures.

Par contre, le *moment et la durée des courants d'action* nous paraissent très intéressants. Nous utilisons à cet effet *l'épreuve de la flexion passive de l'avant-bras sur le bras* avec prise de courbes dans le biceps. Souvent, à peine a-t-on touché le membre du malade, même parfois avant de le toucher, des courants d'action violents apparaissent qui persistent dans le même sens, même après renver-

(1) H. Claude, H. Baruk et Thévenard. — Le syndrome moteur de la démence précoce catatonique. *Encéphale,* n° 10, 1927, p. 741.

(2) H. Claude, H. Baruk et Nouel. — Réflexes plastiques et réactions musculaires psychomotrices. *Soc. de Neur.,* mai 1929.

sement du mouvement. Ces phénomènes, que nous avons désignés sous le nom *d'accompagnement et d'anticipation des mouvements passifs,* sont tout à fait spéciaux à la pathologie des fonctions psychomotrices. Les courbes observées chez les sujets normaux, ou chez les parkinsoniens indemnes de troubles mentaux sont tout à fait différentes : elles consistent, en effet, dans le simple réflexe de posture, très court, avec un temps de latence précis, et un rythme des courants d'action beaucoup plus lent que celui de l'accompagnement observé chez le catatonique, dont le rythme est identique à celui d'une contraction volontaire (fig. I à IV).

Enfin, les courants d'action du catatonique peuvent être parfois brusquement inhibés sous l'influence de conditions psychiques (bruit, surprise, réveil de l'attention), ce qui souligne d'une façon objective l'intrication étroite du trouble moteur et du psychisme.

Cependant, il faut noter que, si chez le catatonique, ces courants d'action s'apparentent ainsi dans leur aspect extérieur à celui de la contraction volontaire, ils *ne se comportent pas néanmoins comme une action réellement voulue.*

En effet, ils se produisent d'une *façon aveugle, sans aucun sens ni aucun but, aussi bien dans le sens du mouvement imprimé que contre celui-ci, se déclanchant en masse et automatiquement.*

2° *La mise en train psychomotrice* est également très perturbée, comme nous l'avons mis en évidence avec le Pr Claude et notre ami, R. Porak (1), au moyen de l'*ergographie.* La mise en train du mouvement se fait en trois temps, une longue ligne ascendante, un plateau, puis une ligne descendante. Par contre, avec la continuation du mouvement, tous ces troubles disparaissent, et la courbe revient rapidement à la courbe parabolique normale. Ce qui est troublé, c'est donc *bien la mise en train* particulièrement difficile ; une fois cette mise en train réalisée, le mouvement est exécuté parfaitement, automatiquement, mieux même, semble-t-il, qu'à l'état normal. Par contre, l'arrêt est également difficile. L'ergographie met ainsi admirablement en évidence *l'atteinte élective de l'action volontaire et la parfaite conservation de l'activité automatique, dont la régularité et la sûreté sont remarquables.*

3° *Les perturbations vestibulaires.* — Nous avons mis en évidence, avec le Pr Claude et notre ami Aubry (2-3), l'existence, au cours de l'accès catatonique, d'une inexcitabilité ou d'une hypoexcitabilité labyrinthique parfois impressionnante (épr. voltaïque, calorique, rotatoire).

---

(1) H. Claude, H. Baruk et R. Porak. — Sommeil cataleptique et mise en train psychomotrice volontaire. Etude physiologique et pharmacodynamique au moyen de l'ergographe de Mosso. *Encéphale,* sept.-oct. 1932.
(2) *Soc. de Biologie,* 21 mai 1928.
(3) H. Baruk et Aubry. — Les troubles vestibulaires dans la catatonie (avec le détail des examens). *Ann. des Maladies de l'Oreille,* Masson, édit.

D'autre part, avec Claude et Bourguignon (1) nous avons étudié la *chronaxie vestibulaire* chez ces malades. Celle-ci s'est montrée très altérée, tantôt *très diminuée* (surtout dans les cas anciens et graves), tantôt, au contraire, *augmentée* (surtout dans les cas récents).

Nous avons également suivi ces perturbations vestibulaires au point de vue évolutif. Elles peuvent s'atténuer dans les rémissions, ou même lorsqu'on réussit partiellement à réveiller le malade (épreuve du réveil), en même temps que la raideur diminue.

4° *La chronaxie musculaire.* — La chronaxie musculaire est également très modifiée au cours de la raideur catatonique, comme nous l'avons montré avec Claude et Bourguignon (2). Il peut exister au cours de cette raideur un renversement des rapports des chronaxies des fléchisseurs et des extenseurs, parfois analogue à celui observé dans les syndromes extra-pyramidaux ou pyramidaux, parfois cependant plus irréguliers que dans ces derniers. Mais surtout ces perturbations chronaxiques sont *essentiellement variables,* peuvent disparaître ou réapparaître suivant l'état clinique ou certains troubles vasomoteurs.

5° *Les troubles vasculaires* sont excessivement intenses : de Jong (3) a mis en évidence une rigidité vasculaire spéciale par la pléthysmographie ; avec Claude (4) j'ai décrit l'acrocyanose orthostatique, simulant parfois un syndrome d'artérite oblitérante ; avec Albane et Lapeyre (5) j'ai étudié les modifications si marquées de l'indice oscillométrique, de la tension artérielle moyenne, et de l'angiospasme orthostatique.

6° *L'état mental* est extrêmement troublé au cours de l'accès catatonique : le début de l'accès est parfois marqué par un épisode onirique ou confusionnel intense, coïncidant avec une phase de stupeur, puis des idées fixes post-oniriques s'organisent, et peuvent constituer un délire bizarre, au cours duquel le malade sent sa volonté prise malgré lui, et se trouve comme obligé de s'immobiliser, de se raidir, etc... Ces détails de l'état mental que l'on peut connaître par les déclarations des malades, après guérison de

---

(1) H. Claude, Bourguignon et H. Baruk. — Essai sur les variations spontanées et expérimentales de la chronaxie vestibulaire au cours du sommeil cataleptique et de la catalepsie, dans l'hystérie, dans la catatonie et dans l'hébéphrénie. *Ann. Méd.-Psych.*, n° 5, déc. 1932.

(2) H. Claude, Bourguignon et H. Baruk. — *Académie de Médecine,* 10 mai 1927.

(3) de Jong. — *Thèse d'Amsterdam,* 1921.

(4) Claude et Baruk. — *Soc. de Biol.,* 13 juin 1931.

(5) H. Baruk, Lapeyre et Albane. — *Soc. de Biol.,* 13 juin 1931.

Thèse de Lapeyre : La pression artérielle moyenne et les courbes oscillométriques dans la démence précoce hébéphrénique et hébéphréno-catatonique. Amette édit., Paris, 1931.

l'accès, et que nous avons spécialement étudiés dans un travail récent (1), permettent de comprendre admirablement l'attitude au premier abord si extraordinaire des malades : *l'apparence volontaire des troubles,* le fait que le malade se déraidit subitement souvent lorsqu'il est seul pour reprendre immédiatement son attitude contractée et immobile s'il se voit observé, tous ces paradoxes qui, pour des observateurs non-prévenus, pourraient donner l'impression d'une « simulation » ou d'une « comédie » s'expliquent lorsqu'on connait la maladie du dehors et du dedans, et lorsqu'on sait que la volonté se trouve en quelque sorte submergée par un impératif catégorique auquel, suivant l'expression d'un de mes malades, « il faut obéir comme le soldat qui a reçu une consigne ».

II

Données psycho-physiologiques sur le syndrome psychomoteur hystérique

Etudions maintenant par les mêmes méthodes et parallèlement le syndrome psychomoteur pithiatique. Ici, les troubles moteurs sont plus limités, les troubles mentaux n'attirent pas l'attention. Cependant, il existe certaines analogies. Malheureusement, en raison de la rareté et de la fugacité des syndromes pithiatiques, nous ne pouvons pas encore disposer d'une documentation physiologique aussi abondante et précise que pour le syndrome catatonique.

1° *Courbes électromyographiques.* — Nous avons pu, avec notre ami, le Dr Kourilsky, médecin des hôpitaux de Paris, faire une exploration électromyographique (2) d'un cas typique de contracture hystérique (monoplégie crurale, avec flexion de la jambe sur la cuisse). Nous avons décelé dans les muscles contracturés (demimembraneux) des *courants d'action* avec double rythme, analogues à ceux d'une contraction volontaire. J'ai pu également, avec Mlle Nouel, étudier par l'électromyographie un autre cas de contrac-

(1) H. Baruk. — L'état mental au cours de l'accès catatonique. Rôle de l'onirisme et des idées fixes post-oniriques dans le négativisme, les délires et les hallucinations des catatoniques. Faux aspects de simulation. Etiologie toxique. *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1934, p. 317.
(2) H. Baruk et R. Kourilsky. — Etude électromyographique d'un cas de contracture hystérique. Comparaison des courants d'action dans l'hystérie et la catatonie. *Soc. Méd.-Psych.*, janvier 1935.

ture hystérique portant sur l'avant-bras et la main. Nous avons trouvé également dans les muscles contracturés (muscles épitrochléens, éminence thénar) des courants d'action avec double rythme. Bien entendu, les oscillations étaient moins amples dans ces petits muscles. A tous ces points de vue, les résultats de l'électromyographie sont donc sensiblement les mêmes dans la contracture hystérique que dans la raideur catatonique.

Toutefois, il existe des différences. Tout d'abord, tandis que, dans la catatonie, les courants d'action se produisent d'une façon aveugle dans tous les sens, avec une tendance à la persévération, dans notre cas de pithiastisme, les courants d'action ne se produisent que dans un but donné : le maintien de l'attitude adoptée par le malade. Si l'on cherche à vaincre cette attitude, c'est-à-dire à allonger la jambe sur la cuisse, les courants d'action s'exagèrent énormément, dans les muscles ischio-jambiers. Si, au contraire, on agit dans le sens de l'attitude adoptée par le malade, c'est-à-dire en fléchissant davantage la jambe sur la cuisse, les courants d'action s'arrêtent en même temps que toute résistance disparaît. Ce dernier fait est tout à fait contraire à ce qui se passe dans la catatonie, où on note un accompagnement des mouvements passifs. Toutes ces constatations semblent dénoter dans le pithiatisme *une polarisation,* et, pour tout dire, une sorte de finalité qui n'existe pas dans la catatonie (fig. VII à X).

D'autre part, tandis que dans la catatonie les courants d'action une fois déclanchés persistent avec grande régularité, dans notre cas de pithiatisme ils se produisent sous forme de décharges variables indiquant notamment une *irrégularité très remarquable* de l'influx moteur volontaire (1).

2° *La mise en train psychomotrice* a été moins précisée dans le pithiatisme, que dans la catatonie. Rappelons que, durant la guerre, Claude et Porak (2), dans des recherches ergographiques, avaient déjà souligné l'irrégularité des tracés chez les hystériques, mais ces recherches portaient sur la courbe de travail, et non sur la mise en train psychomotrice. Au cours de nos recherches, faites avec Claude et Porak (3), sur cette dernière question, nous avons pu étudier un cas d'hystérie. Nous n'avons pas re-

---

(1) Notons d'autre part que l'épreuve de la flexion de l'avant-bras ne nous a pas permis d'enregistrer chez une malade sujette à des crises hystériques les mêmes courants d'action d'accompagnement que chez les catatoniques. Ces courants ne se produisaient chez cette malade qu'au cours de l'hypnose, mais faiblement (fig. V et VI).

(2) H. Claude et R. Porak. — Les troubles de motilité de nature hystérique chez les blessés de guerre. Etudes ergographiques et interprétation de la symptomatologie dite hystérique. *Encéphale,* mai 1916, p. 215-260.

(3) H. Claude, H. Baruk et R. Porak. — *Loco citato.*

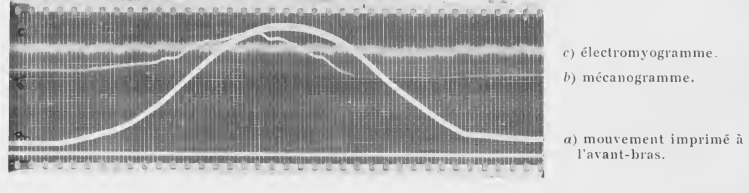


Fig. I. — Sujet normal (Réflexe de posture faible).

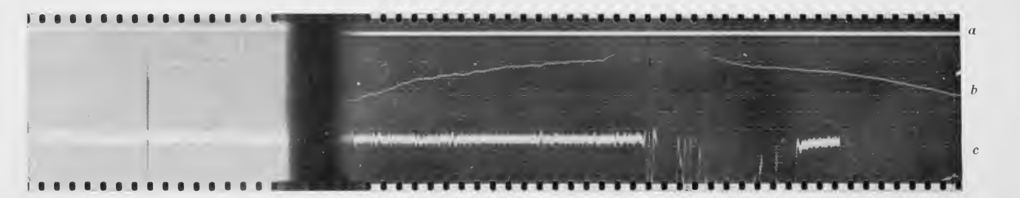


Fig. II. — Sujet parkinsonien (intensité du réflexe de posture locale).

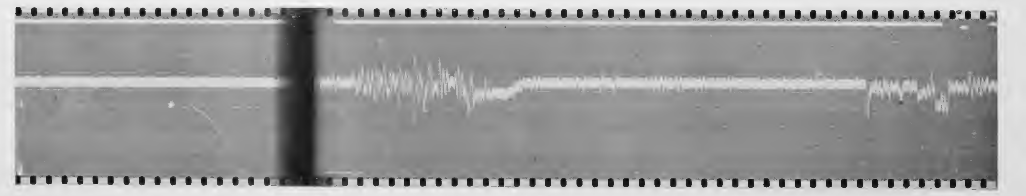


Fig. III. — Contraction volontaire chez le même sujet parkinsonien.

2° Epreuve de la flexion passive de l'avant-bras sur le bras dans les syndromes psycho-moteurs (Catatonie-hystérie-hypnose)

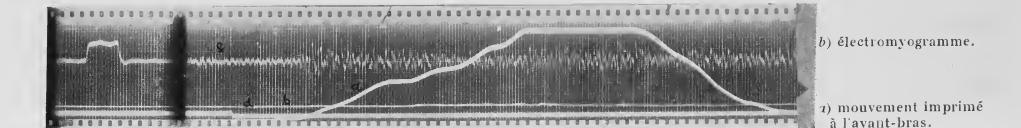


Fig. IV. — Sujet eatatonique (anticipation et aecompagnement des mouvements passifs).

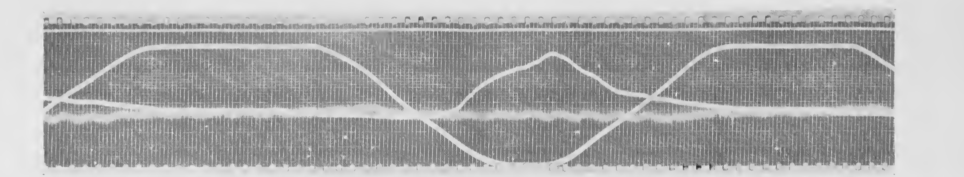


Fig. V. — Sujet atteint de erises hystériques (Etat de veille).

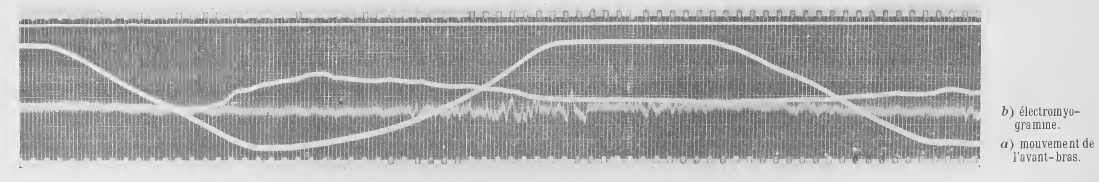


Fig. VI. — Même sujet en état d'hypnose (Baruk et Nouel).

3° Etude électromyographique d'une contracture hystérique (Baruk et Kourilsky).

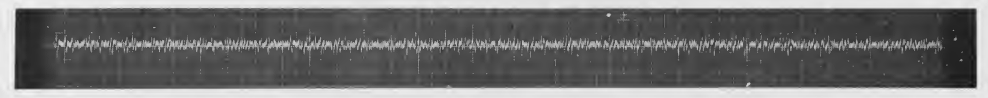


Fig. VII. — Position habituelle du malade (flexion de la jambe sur la cuisse. Muscle demi-membraneux contracturé).

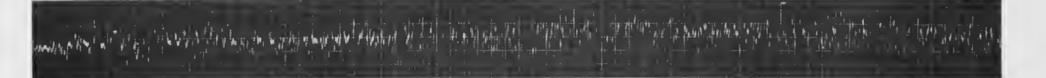


Fig. VIII. — Exagération des courants d'action dans les tentatives d'allongement de la jambe sur la cuisse.

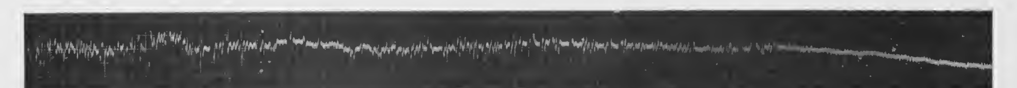


Fig. IX. — Courant d'action au cours d'une contraction volontaire commandée (flexion de la jambe sur la cuisse).



Fig. X. — Disparition des courants d'action dans l'hyperflexion de la jambe sur la cuisse.

trouvé dans ce cas le trouble spécial de la mise en train que nous avions mis en évidence dans la catatonie. Par contre, nous avons été frappés de *l'extrême irrégularité des courbes*. Ces faits doivent être rapprochés de cette irrégularité spéciale que j'ai décelée avec Kourilsky dans l'influx moteur volontaire de notre pithiatique dans les courbes électromyographiques. Ces constatations ont d'autant plus de valeur qu'elles contrastent avec la *remarquable régularité de l'activité motrice des catatoniques* (une fois franchies les difficultés de démarrage), qui, comme nous y avons insisté dans le travail précité, travaillent plutôt mieux que les sujets normaux une fois l'automatisme déclanché.

3° *Les perturbations vestibulaires* semblent moins marquées également chez les pithiatiques que chez les catatoniques. Nous n'avons pas jusqu'à présent retrouvé la même inexcitabilité que nous avons observée chez les catatoniques. Hautant (1) a signalé, cependant, chez une sourde hystérique avérée, l'absence de réaction à l'épreuve voltaïque et à l'épreuve calorique, mais, quelques jours plus tard, les réactions redevenaient presque normales. Mauthmer (2) a, au contraire, décrit de l'hyperexcitabilité. Pour Hautant, le caractère fondamental serait la variabilité de ces réactions.

Quant à la chronaxie vestibulaire, nous avons pu l'étudier dans deux cas de pithiatisme, grâce à M. Bourguignon (3).

Dans le premier cas (contracture pithiatique), les chiffres trouvés par M. Bourguignon étaient les suivants :

oreille droite : 160 σ ;
oreille gauche : 160 σ.

Dans le second cas (tremblement pithiatique), les chiffres trouvés par M. Bourguignon étaient les suivants :

oreille droite	Pôle + 116 σ, inclinaisons à droite. Pôle — 140 σ, inclinaisons à gauche.
oreille gauche	Pôle + 120 σ, inclinaisons à gauche. Pôle — 144 σ, inclinaisons à droite.

Rappelons que, suivant Bourguignon, la *chronaxie vestibulaire normale oscille entre 12 σ et 22 σ*. Chez les catatoniques nous avons trouvé avec Bourguignon des chiffres tantôt diminués (jusqu'à 1 σ 2), tantôt augmentés (jusqu'à 92 σ). Les chiffres que nous venons de rapporter chez deux hystériques sont encore plus élevés (100 σ et plus). Notons toutefois qu'à ce point de vue les hystéri-

(1) Hautant. — *Rapport au Congrès de Neurologie*, 1922.
(2) Mauthmer. — Analyse. *Ann. des Maladies de l'Oreille*. Masson, t. XLVI.
(3) *Loco citato. Ann. Méd.-Psych.*, déc. 1932.

ques se rapprochent seulement des catatoniques les plus récents et les moins atteints (ceux à grande chronaxie), les catatoniques anciens et graves ayant au contraire une chronaxie abaissée.

4° *La chronaxie musculaire.* — Marinesco a signalé dans un cas des perturbations de la chronaxie musculaire. M. Bourguignon a commencé à étudier depuis longtemps les chronaxies neuro-musculaires des hystériques. J'ai moi-même soumis à son examen plusieurs de mes malades, notamment le cas de contracture pithiatique du membre inférieur, auquel nous avons fait allusion plus haut, et un cas de tremblement pithiatique, etc...

Dans tous les cas qu'il a étudiés, il trouve des modifications intéressantes de la chronaxie, mais le nombre de cas dont on peut disposer est relativement restreint, et les types d'hystériques sont très divers, de sorte qu'il est impossible de donner à l'heure actuelle une interprétation rationnelle de ces modifications de la chronaxie. Il lui paraît donc prématuré de livrer maintenant à la publication le résultat de ces recherches qui sont plutôt le point de départ de nouvelles recherches que la solution des problèmes posés.

5° *Troubles vasculaires.* — Les troubles vasculaires sont également bien différents dans le pithiatisme et la catatonie. Dans ce dernier cas, ils sont énormes, attirant immédiatement l'attention. Dans le pithiatisme, nous n'avons pu dans plusieurs cas constater de modifications vasculaires notables au niveau du segment de membre contracturé. C'est seulement si l'immobilisation se prolonge très longtemps, qu'on peut noter des troubles vasculaires et trophiques. Rappelons toutefois que Marinesco (1) a signalé de la microsphygmie et des perturbations vasomotrices dans certaines hémiplégies hystériques. Barré (2) estime « qu'il y aurait grand intérêt à observer tout spécialement les phénomènes sympathiques chez les hystériques ou pithiatiques », et a l'impression qu'ils ont d'ordinaire une intensité très grande. Radovici et Kreindler (3) signalent également un certain déséquilibre végétatif, des perturbations du réflexe oculo-cardiaque. Nous avons insisté sur la pâleur, le teint terreux de certains pithiatiques (4), etc... Ajoutons enfin

---

(1) Marinesco, Marie Nicolesco et O. Sager. — Sur un cas d'hémiplégie hystérique avec troubles végétatifs. *Spitat.*, n° 12, p. 457-458, déc. 1927.

(2) Barré. — Remarques sur les phénomènes d'irritation et de paralysie sympathique, les troubles circulatoires d'origine sympathique, le réflexe oculo-cardiaque, la sensibilité à la douleur du sympathique, le syndrome sympathique cervical postérieur, la valeur des tests pharmacologiques et l'importance des troubles sympathiques dans l'hystérie. *Soc. de Neur.*, 1-2 juin 1926 ; *Rev. Neur.*, p. 1046.

(3) Radovici et Kreindler — Le déséquilibre végétatif dans les névroses. *Soc. de Neur.*, 1-2 juin 1926, p. 1123.

(4) Bien entendu, nous n'envisageons ici que les troubles pithiatiques purs, laissant de côté les syndromes physiopathiques de Babinski et Froment, dans lesquels il existe des troubles vasomoteurs très nets.

que, pour certains auteurs, à ces troubles vasculaires pourraient s'associer des troubles humoraux, comme y ont insisté Bénard et Rouquier (1). René Bénard a tout particulièrement souligné l'intérêt de la recherche des troubles humoraux ou du liquide céphalorachidien. Les travaux de Tinel plaident dans le même sens. Il y a là un champ d'études qui peut s'ouvrir, mais qui reste encore à préciser. Quoi qu'il en soit, les troubles vasculaires sont bien loin d'avoir dans le pithiatisme la netteté qu'ils ont dans la catatonie.

6° *Etat mental.* — Contrairement à la catatonie, dans laquelle les troubles mentaux sont si intenses qu'ils attirent immédiatement l'attention et provoquent de graves perturbations du comportement, l'état mental paraît à première vue non altéré chez le pithiatique. C'est pourquoi les malades se présentent presque toujours au neurologiste et non au psychiatre.

Mais en réalité, en les examinant bien, on constate presque toujours d'importantes perturbations psychologiques : Sans parler de la suggestibilité et parfois de tendances imaginatives très accentuées ou mythomaniaques (Dupré et Logre), on est frappé, souvent, comme y a insisté Janet, dans ses remarquables travaux sur l'hystérie, de l'existence d'une sorte de dédoublement, avec coexistence de la personnalité normale et pathologique : par exemple, l'un de nos malades atteint de dysphagie pithiatique ne pouvait avaler le moindre aliment, cependant la nuit, il se levait subrepticement pour prendre du pain à son voisin. Cependant, ce malade désirait guérir: sa joie fut extrême lorsqu'il fut rétabli. Il existait donc en lui en quelque sorte deux personnalités : l'une inconsciente, réalisant la dysphagie, l'autre consciente, impuissante contre la maladie.

Il y aurait beaucoup à dire également sur les troubles affectifs si spéciaux de ces malades, leur fatigabilité irritable, leur possibilité d'activité insoupçonnée, alternant avec des inhibitions profondes, faits qui les rapprochent à certains points de vue des cyclothymiques, les troubles des instincts, avec parfois une remarquable tendance à la sublimation, à l'idéalisation extrême avec mortification, esprit de sacrifice, comme j'y ai insisté notamment dans l'anorexie mentale (2). Ces mêmes tendances peuvent se retrouver aussi chez le catatonique, mais alors elles s'incorporent à un véritable délire, et ne sont plus compatibles avec aucune activité normale.



---

(1) René Bénard et Rouquier. — Les modifications humorales au cours du pithiatisme grave. Narcolepsie pithiatique et encéphalite léthargique. *Paris Médical*, 1921, p. 217.

(2) L'anorexie mentale et les névroses dysphagiques. *Clinique et Laboratoire,* 20 oct. 1934.

En résumé, l'étude comparative psycho-physiologique des troubles psychomoteurs catatoniques et pithiatiques montre à la fois des analogies et des différences.

Les analogies consistent dans la même *apparence volontaire des troubles*, le même aspect extérieur de « comédie » de « pseudo simulation ». Cette apparence volontaire est corroborée par les diverses explorations physiologiques.

Les différences résident dans l'intensité des signes somatiques, et dans l'état mental. Dans les deux cas, on note bien des troubles vasculaires, viscéraux, vestibulaires, et organo-végétatifs, mais ceux-ci sont infiniment moins précis et moins nets dans l'hystérie que dans la catatonie.

Enfin, le psychisme est différent dans les deux cas : dans la catatonie, la personnalité est littéralement submergée par une véritable force qui met en branle d'une façon irrésistible, incoercible, et en quelque sorte automatique, les mécanismes de la motilité volontaire, qui oblige ainsi le malade à se contracter malgré lui, et qui par suite lui donne l'illusion que sa volonté est saisie, et mise en train par une action extérieure.

Dans le pithiatisme, la même menace existe, mais infiniment plus légère. La synthèse psychique reste dans l'ensemble conservée et pourrait, semble-t-il, neutraliser la menace pathologique. Mais la réaction fait défaut, et il s'établit entre la tendance morbide et la personnalité une sorte de compromis en vertu duquel celle-ci tolère celle-là. De là, cette apparence si curieuse qui a frappé tous les médecins, suivant laquelle le malade semble comme indifférent à ses troubles tout en en étant conscient. De là, cette impression de réalisation finaliste, polarisée que nous avons vérifiée à propos des courbes électromyographiques. De là, cette mollesse, cette irrégularité et cette inconsistance de la mise en train psychomotrice décelée par les courbes ergographiques.

Mais, vient-on par un procédé quelconque à modifier ou à stimuler cette personnalité en apparence trop complaisante, l'unité est rétablie et le syndrome pathologique disparaît.

Ces caractères psychologiques ou plus exactement psychophysiologiques que nous venons d'indiquer permettent donc de comprendre les analogies et les différences qui existent entre l'hystérie et les autres états névropathiques et psychopathiques, tels que la psychasthénie et la schizophrénie. Dans tous ces cas, il existe bien, comme y a insisté le Prof. Claude en s'appuyant notamment sur les travaux de P. Janet, une certaine

tendance « à l'isolement » de certains complexes psychologiques en dehors de la personnalité et de la volonté consciente, en un mot une certaine *dissociation psychique.*

Mais cette dissociation nous paraît non seulement d'intensité très différente dans ces trois états, mais encore elle rencontre, nous semble-t-il, de la part de la personnalité consciente, une réaction de toute autre nature : dans l'obsession, cette réaction est extrêmement énergique, et constitue un barrage à l'invasion d'éléments subconscients au cours d'une lutte violente accompagnée d'angoisse ; dans la schizophrénie, cette invasion ne rencontre aucune résistance par suite du fait que la personnalité consciente est plus ou moins dissoute. Dans l'hystérie, cette invasion rencontre au contraire une personnalité consciente conservée, mais *n'engageant pas la lutte.* Cette inertie étonnante des processus de défense de la personnalité pourrait paraître au premier abord plus ou moins voulue, et c'est ainsi que certains auteurs distinguent mal l'hystérie de la simulation et transportent alors le problème de l'hystérie sur le plan d'une défaillance morale. Une telle conception nous paraît inexacte et en contradiction avec l'état mental de beaucoup de ces malades qui possèdent souvent une remarquable volonté morale, et une grande énergie spirituelle (1). En réalité, si leur personnalité consciente ne réagit pas, c'est qu'elle est momentanément sidérée, inhibée du moins en ce qui concerne un trouble pathologique spécial.

Ces données, confirmées par nos explorations physiologiques, *expliquent les résultats différents de la persuasion dans ces trois cas :* dans l'obsession, celle-ci, comme l'a si justement montré Babinski, est relativement peu efficace car la réaction de la personnalité est déjà vive à l'excès et les encouragements à la lutte paraissent pour le moins superflus ; dans la schizophrénie, ceux-ci sont également inopérants puisque la personnalité qui pourrait répondre n'existe plus ; au contraire, dans l'hystérie, la persuasion a une efficacité extraordinaire, quasi-miraculeuse, car la personnalité étant intacte, mais seulement légèrement inhibée, le moindre stimulus rétablit les fonctions psychomotrices volontaires et peut faire disparaître aussitôt le trouble pathologique (2).

---

(1) Rappelons que la plupart des auteurs modernes, notamment Briquet, dans son célèbre *Traité de l'hystérie* (1859), puis Charcot, Bernheim, Pitres, Babinski, etc..., se sont élevés contre le caractère péjoratif attribué aux hystériques suivant des préjugés anciens.

(2) Sans doute, ces distinctions cliniques relèvent-elles surtout de simples différences d'intensité dans le processus pathologique ; les phases

Quelle est la nature exacte de cette inhibition des fonctions psychomotrices volontaires ? Beaucoup de médecins se fondant sur la possibilité de la guérison par persuasion tirent de ce critère qui devrait rester purement clinique, des interprétations pathogéniques plus ou moins fantaisistes : ils pensent en effet qu'un trouble susceptible d'être guéri si facilement par la simple persuasion ne peut, par principe, avoir aucune existence réelle, qu'il constitue plutôt une sorte de supercherie, de manifestation de comédie plus ou moins artificielle, plus ou moins voulue (1).

C'est là une erreur. En réalité, l'aspect volontaire du trouble hystérique n'est qu'une apparence. Si le phénomène pathologique suspend les mécanismes du fonctionnement de la volonté, cela ne veut nullement dire qu'il est désiré, voulu par la malade. Il est au contraire subi.

L'analyse de certaines crises de catalepsie hystérique est tout à fait caractéristique à cet égard, et permet de saisir sur le vif la nature de l'inhibition, et le mécanisme de la « persuasion » thérapeutique.

Le malade en pareil cas est en général saisi d'un malaise assez brusque et se trouve soudain immobilisé, pétrifié comme une statue. Il a l'impression cependant que ses membres ne sont nullement paralysés et qu'il pourrait les remuer s'il vou-

---

évolutives ou régressives de certaines catatonies ou schizophrénies le montrent bien : au début, lorsque prédominent les processus d'inhibition psychique simple, on peut noter des manifestations hystériformes ; celles-ci disparaissent lorsque la désagrégation psychique s'accentue, puis peuvent reparaître au cours de l'évolution vers une rémission. Vers la fin de certains accès catatoniques, le malade devient d'une extrême suggestibilité et pourrait sembler se rapprocher, incomplètement il est vrai, d'un pithiatique par certaines actions thérapeutiques : dans cette période, une parole bien placée peut parfois amener rapidement la cessation de l'accès, et faire en quelque sorte décristalliser un délire déjà plus ou moins effrité. Cette action de la psychothérapie ne s'oppose nullement à la notion de l'origine organique de la maladie, comme nous avons pu le remarquer dans certaines catatonies colibacillaires, où nous avons pu suivre l'évolution ou la régression de la désagrégation psychique parallèlement à l'accentuation de la toxi-infection, ou à sa rétrocession sous l'influence du traitement étiologique.

(1) Sans doute, le diagnostic différentiel du pithiatisme et de la simulation peut être parfois délicat, surtout lorsqu'il existe un intérêt en cause (pension, etc...), mais il ne s'ensuit pas qu'il faille confondre ces deux états. Babinski lui-même les distingue nettement : « Le simulateur, écrit-il (*loco citato*, p. 490), est conscient de ses plaintes et de ses actes, tandis que le sujet suggestionné en est inconscient ou subconscient. » Il faut toujours se rappeler d'ailleurs que tous les troubles psychomoteurs (hystériques ou catatoniques) peuvent donner par leur apparence volontaire, à un observateur non exercé, l'impression erronée d'une action simulée.

lait. *Mais il ne peut pas vouloir.* C'est la volonté qui est suspendue, et par conséquent le malade ne peut réaliser aucune mise en train du mouvement. Cependant, il a le plus vif désir de remuer, de s'échapper, d'appeler au secours. Parfois même ce désir est tel qu'il se réalise en idées et non en réalité : le malade croit à certains moments qu'il se lève, qu'il ouvre la porte, qu'il appelle, mais il se rend compte bientôt qu'il n'a pas bougé. On comprend toute l'angoisse d'une telle situation.

Mais une personne vient-elle à adresser au malade un appel, un réconfort, à le stimuler d'une façon ou d'une autre, le barrage cesse brusquement, la volonté est rétablie, le malade peut se lever, parler, ouvrir les yeux, reprendre son activité normale.

Or, dira-t-on que, parce que cette invigoration a fait cesser le trouble, celui-ci était artificiel ? Nullement. En réalité, l'inhibition restant peu profonde, il suffisait d'un effort pour l'abolir, mais le malade ne peut le faire tout seul malgré son plus vif désir de guérir, il lui faut momentanément une aide de l'extérieur.

Nous avons employé à dessein les mots inhibition et stimulation. Ces termes physiologiques expriment mieux en effet ce qui se passe dans une telle crise de catalepsie que ceux de suggestion, ou de persuasion. Il ne s'agit pas ici en effet d'un trouble purement intellectuel, d'une erreur de jugement, d'orientation, ou d'appréciation. Il s'agit d'un arrêt de fonction. Que cet arrêt de fonction porte sur la volonté plutôt que sur tel ou tel autre système moteur plus élémentaire, il garde toujours son caractère nettement physiologique. Cette inhibition a sa traduction d'ailleurs dans le domaine psychologique, par ce processus si intéressant que l'on doit aux beaux travaux de Janet : *la baisse de la tension psychologique.* Cette notion capitale, nous avons pu la vérifier maintes fois objectivement : nous avons pu inscrire par exemple les variations parallèles de la catalepsie et de l'engourdissement psychique. Vient-on à relever la tension psychologique en parlant au malade, en soulevant son attention, son intérêt, la catalepsie peut cesser immédiatement. Il y a là des faits voisins du sommeil (1) que nous avons désignés avec Claude sous le terme de « som-

---

(1) Claude et Baruk. — Les crises de catalepsie. Diagnostic avec le sommeil pathologique. Rapport avec l'hystérie et la catatonie. *Loco citato.*

meil cataleptique ». D'ailleurs, ces crises de catalepsie sont souvent plus ou moins intriquées avec le sommeil : elles surviennent souvent de préférence dans les périodes de basse tension psychique, le matin au moment du réveil, avant que le système nerveux ait eu le temps de reprendre ses fonctions, ou bien avant l'endormissement, ou encore dans les périodes de détente de la journée. On comprend ainsi fort bien certaines conceptions comme celle de Sollier (1), ou encore celles plus récentes de Pavlov (2) qui rattachent la catalepsie et le sommeil pathologique à des phénomènes d'inhibition plus ou moins étendus, et en rapport avec des réflexes conditionnels.

Ainsi donc l'analyse des troubles psychomoteurs hystériques nous conduit, malgré leur apparence volontaire, malgré leur guérison étonnante par persuasion, vers des causes physiologiques plus profondes. La baisse de la tension psychologique, l'inhibition de la mise en train ou du contrôle volontaire, apparaissent ainsi comme les conséquences d'une perturbation du système nerveux subie par le malade, et non créée par lui.

Quelle est la nature des atteintes du fonctionnement nerveux susceptible de réaliser ces inhibitions psychomotrices hystériques ? C'est ce que nous allons envisager maintenant dans le chapitre des données étiologiques.

---

(1) P. Sollier. — La définition et la nature de l'hystérie. *Arch. gén. de Méd.*, 1906, p. 2584 ; et l'Hystérie et son traitement, Alcan, 1901.

(2) Pavlov. — Essai d'une interprétation physiologique de la symptomatologie de l'hystérie. *Ed. de l'Acad. des Sciences*, Leningrad, 1932 et *Encéphale*, avril 1933, p. 285.

TROISIEME PARTIE

DONNEES ETIOLOGIQUES

On oppose généralement au point de vue étiologique deux ordres de troubles de la motilité : les uns distincts de toute action volontaire, les autres au contraire plus ou moins intriqués avec la volonté. Les premiers, suivant une conception courante, seraient d'origine organique, les seconds seraient d'origine psychique.

Il n'est pas question de remettre en cause les distinctions cliniques établies entre les affections strictement neurologiques et les syndromes comportant des éléments psychiques. Mais peut-on transporter d'une façon aussi absolue cette différenciation clinique sur le terrain étiologique ? En particulier, le *criterium de l'apparence volontaire d'un trouble a-t-il vraiment une valeur en faveur de son origine exclusivement psychique ? Nous ne le croyons pas :* Voici, par exemple, le syndrome psychomoteur catatonique, il s'agit bien d'un syndrome intriqué indissolublement avec les fonctions volontaires, et comportant, comme nous venons de le rappeler, des perturbations psychiques complexes, cependant l'étiologie organique de la catatonie ne fait pas de doute. L'existence des catatonies symptomatiques d'intoxications ou de toxi-infections, la reproduction expérimentale que j'ai réalisée pour la première fois avec de Jong par la bulbocapnine du syndrome psychomoteur catatonique chez l'animal, puis la création que j'ai pu obtenir ensuite de catatonies expérimentales toxi-infectieuses (tuberculeuses, colibacillaires), puis biliaires, etc..., montrent bien que la catatonie est vraiment une maladie cérébrale. En pareil cas, il existe donc bien des troubles psychiques, qui sont eux-mêmes la conséquence d'une intoxication cérébrale. L'étude que j'ai faite, pour la première fois, de la

catatonie colibacillaire en clinique humaine et dans l'expérimentation animale, a permis de saisir sur le vif les relations de cause à effet entre l'intoxication cérébrale par la toxine colibacillaire, l'onirisme et le délire toxique consécutif, enfin les troubles psycho-moteurs qui en résultent.

En ce qui concerne le syndrome psychomoteur hystérique ou pithiatique, nos connaissances étiologiques et pathogéniques sont malheureusement moins avancées qu'en ce qui concerne le syndrome psychomoteur catatonique. Nous avons montré précédemment à la fois les parentés et les différences qui existent entre ces deux syndromes psychomoteurs.

Nous avons analysé plus haut les troubles psychologiques qui accompagnent les manifestations pithiatiques. Ces troubles psychologiques sont-ils suffisants pour éclairer l'étiologie du pithiatisme, ou bien, sont-ils en partie la conséquence de troubles physiologiques plus profonds ?

Divers arguments tendent à orienter nos recherches en faveur de cette seconde hypothèse.

Ce sont d'abord les manifestations pithiatiques symptomatiques, apparaissant au cours de diverses affections débilitantes du système nerveux. Bernheim (1) a eu le grand mérite de ne pas négliger des faits de ce genre. Il a rapporté par exemple des manifestations hystériques au cours de la grippe, de la fièvre typhoïde, de la lithiase biliaire, etc... Janet (2), bien qu'ayant en vue surtout l'étude psychologique de ces malades, a noté cependant des causes occasionnelles analogues.

On a rapporté également des manifestations pithiatiques au cours du typhus exanthématique (Devaux) (3), de l'intoxication par le plomb (hystérie saturnine), par l'oxyde de carbone. Nous avons pu observer une intoxication indubitable et grave par l'oxyde de carbone dont les premiers signes ont consisté uniquement dans des crises pithiatiques typiques. Comme le rappelle Janet, on a pu faire des rapprochements entre la suggestibilité hystérique et celle qu'on peut observer au cours des délires toxiques (alcool, haschich, etc...). H. Colin (4) a étudié des faits de ce genre. On pourrait évidemment,

(1) Bernheim. — *L'hystérie*. Définition et conception. Pathogénie. Traitement, 1 vol., Doin, 1913, p. 133 à 163.

(2) P. Janet. — *L'état mental des hystériques*, 1 vol., 1894.

(3) Devaux. — Complications nerveuses du typhus exanthématique. *Journal médical français*, n° 2, t. X, février 1921.

(4) H. Colin. — Etat mental des hystériques, 1890.

en présence de tous ces faits, parler d'association « hystéro-organique ». Je crois qu'il est plus juste de dire, comme l'avait déjà soutenu Bernheim et aussi Janet, que ces diverses intoxications ou toxi-infections sont susceptibles, par l'épuisement nerveux qu'elles réalisent, de déterminer des modifications mentales susceptibles d'être le point de départ de troubles pithiatiques. C'est *surtout d'ailleurs dans le domaine des crises nerveuses* que s'observent ces manifestations hystériques symptomatiques. De tous les accidents hystériques, les crises nerveuses sont en effet les plus difficiles à définir en clinique. Certaines crises d'énervement ou de catalepsie qui marquent le début d'une psychose grave (psychose périodique, démence précoce) ou même d'autres affections du système nerveux peuvent poser des problèmes de diagnostic différentiel excessivement délicats.

Dans le même ordre d'idées, les *prodromes* des accidents pithiatiques sont également en faveur de perturbations physiologiques : on néglige en effet trop volontiers la période qui précède la constitution de l'accident pithiatique : celle-ci est souvent marquée par des *céphalées,* parfois d'une extrême violence, notamment par cette *céphalée cervico occipitale* si pénible, que l'on observe avec tant de fréquence dans les prodromes de tous les états névropathiques ou psychopathiques, par des *vertiges* parfois également très intenses, de la pâleur, des troubles viscéraux fonctionnels multiples (dyspepsie, troubles cardio-vasculaires, crises abdominales, etc...). Enfin, parfois l'accident pithiatique est annoncé d'une façon plus immédiate par un accès de *sommeil cataleptique,* soit subjectif, soit objectif (crise de catalepsie).

Ces divers troubles sont d'ailleurs exactement analogues à ceux qui précèdent l'accès catatonique. Ils paraissent difficilement s'expliquer par des raisons purement psychologiques ; par contre, ils cadrent bien avec les données récentes que nous possédons sur l'importance des *troubles vasculaires,* des *troubles vestibulaires,* ainsi qu'avec les *perturbations chronaxiques* que nous venons de souligner dans les syndromes psychomoteurs (1).

---

(1) Ces divers troubles subjectifs liés à ces perturbations physiologiques peuvent d'ailleurs constituer l'*épine favorisant l'action de la suggestion,* par exemple une céphalée intense avec lourdeur des paupières évoque l'idée que les paupières vont se fermer, des battements vasculaires localisés à une moitié du corps, peuvent favoriser, s'il s'y ajoute une suggestion médicale, une hémianesthésie, des sensations pénibles dans le dos, sensations si fréquentes dans la dépression nerveuse peuvent favoriser la constitution d'un pseudo mal de Pott pithiatique, etc...

Les divers signes physiques sur lesquels nous venons d'insister font d'ailleurs souvent partie d'une véritable phase de dépression nerveuse. A ce sujet, il faut insister, nous semble-t-il, sur l'association que l'on peut parfois observer de *manifestations pithiatiques et d'accès cyclothymiques,* les premiers accompagnant le plus souvent les accès dépressifs, mais parfois aussi des accès hypomaniaques. On a vraiment l'impression qu'il se produit en pareil cas des modifications de la régulation de l'activité nerveuse (excitabilité psychique, et végétative, fatigabilité, et peut-être aussi renversement, suivant l'expression de Porak, de divers « rythmes » biologiques) qui préparent réellement l'éclosion des manifestations hystériques.

On pourrait objecter à cette manière de voir le rôle bien connu de l'*émotion* dans le déclanchement des accidents pithiatiques. Mais l'émotion ne constitue pas seulement un phénomène psychologique, elle détermine des perturbations importantes dans le système neuro-végétatif, vasculaire, endocrinien, etc...

Babinski (1) a fait remarquer que le pithiatisme ne se produit pas au moment de l'émotion, mais beaucoup plus tard. Clovis Vincent (2) a fait sur le champ de bataille des constatations analogues. Ces faits nous paraissent facilement explicables. L'émotion agit en pareil cas, soit quantitativement comme agent de choc, soit même qualitativement (Devaux et Logre) sur le système nerveux, mais il est de constatation courante que la dépression nerveuse post-émotive n'apparaît que secondairement. On peut d'ailleurs également faire intervenir, comme l'a montré G. Dumas (3), certains épisodes confusionnels post-émotifs à l'origine de manifestations suggestives et pithiatiques ultérieures.

Tous ces faits militent donc bien en faveur de *perturbations physiologiques du système nerveux* précédant et favorisant l'apparition du pithiatisme. *Toutes les causes d'épuisement nerveux* (4), c'est-à-dire avant tout, les *maladies débilitantes,* les *intoxications,* les *émotions,* les *chocs* et les *conflits*

---

(1) Babinski et Dagnan-Bouveret. — Emotion et hystérie. *Journal de Psychologie normale et pathologique,* mars-avril 1912.

(2) Clovis Vincent. — Article Hystérie, in *Traité de Sergent. Neur.,* t. II, p. 547.

(3) G. Dumas. — *Troubles mentaux et nerveux de guerre,* 1 vol. Alcan, 1919, cf. p. 150 et 180.

(4) Rappelons la définition de Janet suivant laquelle l'hystérie appartient au groupe des maladies par épuisement cérébral.

affectifs peuvent jouer un rôle important dans la genèse des accidents pithiatiques.

Sans doute, ces diverses causes ne provoquent pas de manifestations pithiatiques chez tout le monde.

C'est ici qu'intervient la notion du *terrain*. Tous les auteurs sont d'accord sur l'existence d'une prédisposition antérieure, certains parlent « d'une constitution hystérique » (1), Bernheim du terrain « hystérisable », etc... Mais il serait préférable de rechercher des attributs plus précis et aussi les causes de ce terrain spécial. C'est un problème encore bien obscur. Notons toutefois que nous avons été frappés chez beaucoup de nos pithiatiques par une *morphologie* spéciale qui consiste dans un aspect mince, grêle, bien que bien proportionné. Nous désignons généralement cette morphologie sous le nom de « morphologie miniature ». Ces sujets présentent souvent, au point de vue psychique, les mêmes attributs de finesse, de délicatesse, et aussi de sensibilité extrême qui les rend particulièrement vulnérables aux fatigues, aux émotions. Bien entendu, nous n'attribuons pas à ces caractères morphologiques une valeur constante ni absolue.

D'autre part, nous avons été frappés, chez nos pithiatiques, de la fréquence de la *syphilis héréditaire*. Et cependant, nous ne portons ce diagnostic que sur des signes de certitude, confirmés par la notion avérée d'une syphilis chez les ascendants directs. On sait d'ailleurs le rôle de l'hérédo-syphilis dans la genèse d'un grand nombre d'états émotifs, névropathiques, et nous sommes à ce sujet pleinement d'accord avec les conclusions des travaux récents de Drouet et Hamel (de Nancy).

Quant au rôle possible de la tuberculose, il est délicat à interpréter. Nous avons noté toutefois chez certains pithiatiques un balancement entre les poussées tuberculeuses et les troubles nerveux analogues à celui qu'on observe dans certaines psychoses, notamment dans la démence précoce. Nous ne pouvons ici discuter toute cette question.

---

(1) Certains auteurs comme Dupré, Logre, assimilent le pithiatisme à la mythomanie et à la constitution mythomaniaque. (Cf. LOGRE : *Art. Hystérie*, in *Pathol. de Sergent*.). Ces deux manifestations sont cependant loin d'être toujours associées. Sans nier l'existence d'une certaine propension imaginative chez certains pithiatiques, il nous semble exagérer de centrer toute l'hystérie autour de ce processus. D'ailleurs, les travaux récents de Delmas et Trubert ont dissocié, dans une certaine mesure, l'hystérie de la mythomanie. (Cf. TRUBERT : Contribution à l'étude de l'hystérie et de la mythomanie. *Thèse de Paris*, 1929, Legrand éditeur).

En résumé, l'observation clinique impartiale montre chez les pithiatiques l'existence de certaines causes somatiques (1) occasionnelles survenant sur un terrain nerveux. Il est possible qu'il s'agisse d'une sensibilité neuro-végétative spéciale, entraînant des réactions vasculaires particulièrement faciles à l'occasion d'une émotion, d'une intoxication, ou d'un simple épuisement nerveux.

On sait d'ailleurs, comme nous y avons beaucoup insisté à propos de la catatonie, que les fonctions psychomotrices sont extrêmement influencées par les facteurs vasculaires (2) et que ceux-ci entraînent une très grande sensibilité aux facteurs psychiques et psychothérapiques. Il y a donc là tout un champ d'étude à notre avis très important et qui doit d'ailleurs faire l'objet d'une partie du rapport de notre ami Van Bogaert.

Nous nous sommes donc bornés à exposer les présomptions qui existent en faveur de perturbations physiologiques à la base de l'hystérie. Peut-on aller plus loin et *préciser la localisation* de ces perturbations physiologiques ? Certains auteurs le pensent, et estiment que l'hystérie *serait liée à des troubles fonctionnels localisés* à tel ou tel des centres cérébraux actuellement connus. On expliquerait ainsi le fait que l'hystérie semblerait « simuler » divers états organiques (3). Par exemple, un trouble fonctionnel au niveau de la zone motrice ou des noyaux centraux pourrait donner lieu à une contracture rappelant la contracture pyramidale ou la contracture striée, un trouble fonctionnel au niveau de la zone du langage pourrait produire des troubles de la parole rappelant plus ou moins une aphasie, etc... Mais la perturbation ne correspondant pas à des lésions anatomiques pourrait disparaître facilement.

Au premier abord, cette théorie paraît très séduisante, mais

---

(1) Voir également les conceptions de K. Wilson : The approach to the study of Hystery. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, janvier 1931, p. 196 to 206.

(2) Tinel et Michon ont rapporté dans un cas d'hystérie l'association des troubles nerveux et de troubles circulatoires. Cf. Tinel et Michon : Etude d'un cas d'hystérie. Association des troubles hystériques et d'une arythmie extra-systolique. Guérison parallèle de ces troubles et de l'arythmie. Réalité physiologique des accidents observés. Rôle probable des réflexes conditionnels. *Encéphale*, déc. 1928, p. 891.

(3) Cette conception était au fond celle de Charcot. On admettait alors que l'hystérie pouvait « prendre le masque » des états organiques. Voir à ce sujet *la thèse de A. Souques « Etude des syndromes hystériques « simulateurs » des maladies organiques de la moelle épinière » Th. Paris 1891.* Plus tard, ces conceptions changèrent à la suite des travaux de Babinski.

elle soulève en réalité des difficultés lorsqu'elle est confrontée avec une analyse clinique un peu approfondie. Nous connaissons en effet des troubles fonctionnels passagers de tel ou tel centre cérébral ; on peut en observer notamment dans les angiospasmes cérébraux, dans des épisodes toxiques, dans l'épilepsie, parfois même dans la migraine accompagnée. Mais qu'observe-t-on le plus souvent en pareil cas ? On note des signes rappelant l'atteinte organique du centre correspondant, mais plus légers et plus transitoires. Par exemple, s'agit-il d'un trouble fonctionnel de la zone motrice, on observe une hémiplégie transitoire, avec modifications des réflexes, atteinte prédominante de certains muscles, parfois signe de Babinski transitoire, troubles vaso-moteurs, en un mot des signes pyramidaux passagers, etc... La même perturbation siégeant au niveau de la zone du langage pourra donner lieu à des troubles aphasiques plus ou moins légers ou passagers (surdité verbale, anarthrie, etc...).

Sans doute, tous ces troubles semblent variables, transitoires, capricieux, disparaissant souvent avec le repos, ou même variant partiellement suivant l'état moral du sujet, mais sont-ils superposables exactement aux syndromes pithiatiques ? Nous ne le pensons pas. *Une paralysie ou une contracture pithiatique ne réalise pas un aspect comparable* à un syndrome pyramidal ou extra-pyramidal même léger. La contracture pithiatique représente une contraction en bloc de tout le membre, *comme une contraction volontaire*. De même, le pithiatisme ne réalisera pas des troubles de la parole fins et électivement dissociés comparables à ceux de l'aphasie. On ne verra pas dans le vrai pithiatisme une anarthrie localisée à certains mots, le malade pouvant prouver par ailleurs qu'il a la représentation mentale du mot, mais un mutisme global comparable à ce que pourrait réaliser un sujet s'opposant à toute parole, etc..

Il ne faut donc pas perdre de vue que les troubles hystériques représentent un tableau clinique *comme si* (1) *le trouble était réalisé par la volonté*. C'est là le principe fondamental qui doit guider le clinicien dans son analyse clinique, principes, qu'un admirable clinicien comme Babinski, savait concrétiser dans des épreuves si fines, si précises et qui éviterait

(1) Encore une fois, nous ne disons pas qu'il s'agit d'un trouble volontaire, mais d'apparence volontaire.

des confusions encore malheureusement si fréquentes et si préjudiciable en pratique entre l'hystérie et des *syndromes de localisation* étroite, même fonctionnels.

L'hystérie *doit donc rester dans le cadre des affections des fonctions psychomotrices volontaires. Le vrai problème de la pathogénie encore si obscur de l'hystérie est donc lié aux progrès de nos connaissances dans l'étude des conditions physiologiques cérébrales qui président à ces fonctions psychomotrices volontaires.* Ces connaissances sont encore à leur début, mais nos recherches sur la catatonie nous ont montré par des méthodes objectives et expérimentales que ces fonctions psychomotrices volontaires pouvaient être perturbées par des causes toxiques, et qu'elles avaient par conséquent des racines dans la physiologie cérébrale. Quel est leur mécanisme exact ? Sont-elles liées à certains centres psychomoteurs hypothétiques ? Sont-elles, au contraire, comme cela est peut-être plus vraisemblable, la résultante du fonctionnement de tout le cerveau, dans ses processus les plus élevés de synthèse et d'intégration ? Nous ne le savons pas, mais ce problème pychophysiologique est d'une importance capitale pour l'étude de la pathogénie de beaucoup de névroses et de psychoses. C'est seulement lorsqu'il sera éclairci que l'on pourra élucider, pensons-nous, le problème si délicat de la cause et du mécanisme de l'hystérie.

QUATRIEME PARTIE

DONNEES THERAPEUTIQUES

Les données psycho-physiologiques et étiologiques que nous venons d'exposer permettent de préciser les indications thérapeutiques. Tout d'abord, nous ne saurions trop insister sur l'importance considérable au point de vue pratique du diagnostic précis : qu'on ne nous dise pas par exemple que confondre plus ou moins un syndrome pithiatique avec un syndrome extra-pyramidal ne présente pas de grandes conséquences. Nous avons ainsi le souvenir de deux malades atteintes de contracture pithiatique prises pour des encéphalitiques et traitées, bien entendu, sans aucun résultat, par des séries de salycilate de soude. La guérison totale a pu être obtenue en une journée grâce au traitement du pithiatisme. Dans un autre ordre d'idées, j'ai observé une malade atteinte d'hémiplégie pithiatique typique qui, en raison des céphalées violentes qui avaient marqué le début de la maladie, a été considérée comme atteinte de tumeur cérébrale, et a été soumise bien inutilement à une ponction ventriculaire et à une ventriculographie, alors qu'une psychothérapie de quelques heures suffisait à la guérir complètement.

La méconnaissance du pithiatisme entraîne en pareil cas la prolongation et le renforcement des accidents.

Mais l'erreur inverse peut être encore plus grave. Considérer comme pithiatique une malade atteinte d'une lésion organique, peut entraîner des torpillages intensifs susceptibles d'aggraver l'état de la malade. Nous avons vu, ainsi, une petite malade atteinte d'encéphalite grave traitée à tort comme pithiatique, et mourir quelques jours après. Il est inutile d'insister également sur les effets psychologiques désastreux que

peut entraîner sur l'entourage un diagnostic d'hystérie porté d'une façon inconsidérée.

On ne saurait donc trop insister sur la nécessité d'une *séméiologie neurologique rigoureuse* permettant de distinguer le trouble psychomoteur pithiatique des lésions de la voie pyramidale ou extra-pyramidale. L'œuvre clinique admirable de Babinski qui a donné au médecin les moyens de cette différenciation a donc une portée pratique considérable. Encore une fois, dans ce domaine, on ne saurait mélanger les hypothèses pathogéniques et les données séméiologiques. Quelle que soit la conception que l'on adopte sur la nature profonde de l'hystérie, les règles de diagnostic différentiel gardent toute leur valeur pour le pronostic et le traitement. Il faut aussi se méfier des associations hystéro-organiques plus fréquentes qu'on ne croit.

Ceci dit, le traitement du pithiatisme doit comporter non seulement le traitement de l'accident, mais encore des causes générales et du terrain.

Nous ne pouvons détailler ici les diverses méthodes de persuasion mises généralement en œuvre et qui aboutissent à faire disparaître l'accident hystérique. Une des plus couramment utilisée consiste dans le torpillage. Son mode d'action est probablement complexe, comportant une part de persuasion, de douleur, de modifications émotives, etc... Le torpillage compte assurément de très beaux succès à son actif. Mais, c'est une méthode brutale, pénible pour le malade. Certains médecins, pénétrés consciemment ou inconsciemment de cette idée erronée que l'hystérique est plus ou moins un simulateur, croient bon d'accompagner le torpillage de menaces, de brutalité, comme si l'on infligeait une sorte de châtiment au malade, afin « qu'il n'ait plus envie de recommencer ». C'est là, à notre avis, une méthode déplorable, et pour la malade et pour le médecin. Ce dernier perd ainsi toute dignité morale, et se dépouille des qualités de charité, de douceur, de patience et de bonté qui constituent la noblesse de la profession médicale. Enfin, le malade perd confiance, a l'impression d'être injustement brutalisé, et les résultats sont souvent contraires à ceux que l'on pouvait attendre. Sans doute, il est quelquefois nécessaire d'invigorer énergiquement le malade, lorsque celui-ci résiste à l'action thérapeutique, mais cette invigoration ne doit jamais dépasser les limites de la décence.

Depuis longtemps, nous cherchions à remplacer le torpil-

lage par une méthode plus douce, et, disons le mot, plus médicale. On avait bien tenté autrefois, outre l'emploi de l'hypnotisme, l'utilisation de certains anesthésiques volatifs comme le chloroforme, le chlorure d'éthyle pour renforcer l'effet de la contre suggestion. Mais, ces diverses méthodes avaient été abandonnées en raison de leur inconstance et de leurs inconvénients. L'occasion nous a été offerte de mettre au point une nouvelle méthode d'une façon assez curieuse, dans les conditions suivantes : Il y a plus de 4 ans, je reçus, d'un pharmacien de Bazas, M. Pascal, une lettre soumettant à mon attention une association médicamenteuse, formée de scopolamine et de chloralose, association susceptible, suivant M. Pascal, de réaliser une sorte d'hypnose médicamenteuse (1), et, pensait-il, de m'intéresser dans mes études sur le sommeil et la catalepsie. Après avoir pris conseil du Professeur Tiffeneau, que je dois remercier très vivement, je commençai donc l'étude de ce produit, d'abord expérimentalement chez les animaux. Ces recherches expérimentales, que j'ai poursuivies avec M. le Dr Massaut (de Liége) et que nous devons publier ensemble, nous permirent surtout de vérifier l'action sensorielle et corticale déjà connue du chloralose grâce aux travaux de Richet, mais nous ne pûmes déterminer chez nos animaux aucune catalepsie.

Par contre, utilisée chez l'homme, l'association scopolamine-chloralose peut déterminer, tantôt un état de sommeil sensiblement analogue au sommeil physiologique, tantôt, à plus fortes doses, un sommeil avec légère catalepsie, et troubles de la mise en train psycho-motrice, comme nous l'avons vérifié à l'ergographe avec MM. H. Claude et R. Porak.

Au point de vue thérapeutique, j'ai étudié ensuite dans mon service de Charenton (2), l'action du scopo-chloralose dans des états variés de psychoses, de névroses, et aussi dans le parkinsonisme, etc. J'ai publié une partie de ces résultats dans la thèse de mon élève Schachter (3). Retenons seulement que c'est à peu près exclusivement dans le pithiatisme que nous avons obtenu des résultats thérapeutiques nets.

---

(1) Pascal. — Le scopochloralose. *Rev. de Psychothérapie*, mars 1929.
(2) H. Baruk. — L'association scopolamine-chloralose. Action physiologique expérimentale et essais thérapeutiques en neuro-psychiatrie. *Gazette médicale de France*, 1er janv. 1934.
(3) Schachter. — Contribution à l'étude de l'association scopolamine-chloralose. *Thèse Paris*, 1933.

Le médicament est administré toujours par la bouche, en cachets, à l'une des doses suivantes :

Petite dose	Chloralose, 0 gr. 25 cgr. Bromhyd. de scopolamine, 1/4 de mgr.
Dose moyenne	Chloralose, 0 gr. 50 cgr. Bromhyd. de scopolamine, 1/2 de mgr.
Dose forte	Chloralose, 0 gr. 75. Bromhyd. de scopolamine, 3/4 de mgr.

J'administre généralement le médicament à jeun. Le malade reste couché, dans le silence le plus complet, et dans une demi-obscurité, afin de favoriser le sommeil. Au bout de quelques heures, il peut être en plein sommeil. On peut, à ce moment, compléter l'action médicamenteuse par l'action psychothérapique. C'est ainsi, par exemple que, chez un malade atteint de dysphagie pithiatique absolue, je réussis avec mon interne, M. Cornu, au cours du sommeil scopochloralique, à faire couler quelques gouttes de lait dans le fond de la gorge qui furent automatiquement dégluties. Je dis alors : « Vous voyez, il avale, il est guéri. » Le malade présenta immédiatement un vif mouvement de la mimique, semblant exprimer une joie profonde. Il retomba aussitôt en plein sommeil, mais à son réveil, quelques heures après, il était complètement guéri, et put faire un excellent repas en avalant n'importe quoi. Il faut noter que le malade *n'a gardé aucun souvenir* ni de la tentative de déglutition que j'avais faite durant son sommeil, ni de la vive joie qu'il avait manifestée à ce moment.

L'action psychothérapique n'est probablement pas seule en cause dans cette méthode thérapeutique. Le rôle physiologique de l'action médicamenteuse est à considérer : en effet, les résultats se montrent en général *proportionnels au sommeil.* La petite dose (0 gr. 25 + 1/4) qui, le plus souvent, est insuffisante pour amener le sommeil ne nous a presque jamais donné de résultats importants, même avec les actions psychothérapiques les plus énergiques. Certains malades sont assez résistants au traitement et ne dorment pas. Tant qu'il n'y a pas eu de sommeil net, on ne constate pas d'action thérapeutique notable.

Aussi, commençons-nous en général par la petite dose pour tâter la susceptibilité du sujet. Si le résultat n'est pas atteint, nous recommençons au moins 5 ou 6 jours après (car l'élimi-

nation du médicament nous a paru assez lente), en employant la dose moyenne (0 gr. 50 + 1/2). En cas d'échec avec cette dose, nous arrivons alors à la dose forte (0 gr. 75 + 3/4).

Cette association médicamenteuse agit, nous semble-t-il, non seulement sur la fonction hypnique, mais aussi sur les fonctions végétatives. C'est ainsi qu'au cours de ce sommeil médicamenteux, le pouls est en général très notablement ralenti (parfois moins de 50), mais régulier et bien frappé : la respiration est calme et plutôt lente. On ne note, par contre, aucun trouble vasomoteur, et aucune perturbation des réflexes tendineux, ni des divers systèmes moteurs, pyramidaux, cérébelleux, etc...

Ordinairement, le sommeil dure plusieurs heures et se poursuit au cours de l'après-midi. Les résultats thérapeutiques doivent être bien mis en évidence dès le réveil. Nous laissons le malade à jeun pendant le sommeil, le soir, il prend un dîner léger.

Cette méthode simple et facile, nullement pénible pour le malade, nous a donné dans le pithiatisme des succès thérapeutiques souvent remarquables et supérieurs, nous semble-t-il, au torpillage. Plusieurs de nos malades avaient été traités par le torpillage sans résultat par des neurologistes des plus compétents dans les hôpitaux de Paris, et ont été guéris en une journée par l'association scopolamine-chloralose. Il en fut ainsi notamment d'une malade qui présentait une contracture oculaire intense, en convergence, avec cécité. J'avais déjà suivi cette malade en 1925 avec mon maître le D[r] Souques à la Salpêtrière pour une monoplégie brachiale guérie cette fois par l'électricité. Huit ans après, survient la contracture oculaire. Torpillée sans résultat par le D[r] Tinel, elle vient nous revoir dans notre service de Charenton. Un cachet de 0 gr. 50 de chloralose + 1/2 milligramme de scopolamine amena la guérison immédiate.

L'histoire de cette malade est particulièrement instructive : les manifestations pithiatiques sont toujours précédées chez elle de ces prodromes somatiques sur lesquels nous avons insisté plus haut : céphalées violentes, atroces, vertiges, nausées, pâleur et teint terreux, enfin surtout insomnie absolument tenace et ne cédant à aucun hypnotique. Ces divers troubles vont en général en s'accentuant peu à peu, puis généralement survient une crise de catalepsie au sortir de laquelle la contracture pithiatique est constituée. Or, que fait le scopo-

chloralose chez cette malade ? Il provoque une détente nerveuse considérable, et du sommeil. Au sortir de ce traitement, la céphalée s'atténue, et généralement les *troubles vasculaires du visage* s'améliorent aussi considérablement, en même temps que disparaît la contracture. La malade reprend bonne mine et se recolore.

On voit donc que l'étude du scopochloralose ouvre des aperçus physiologiques intéressants ; ces perturbations physiologiques se combinent bien entendu aux modifications psychothérapiques et suggestives : chez la malade à laquelle nous venons de faire allusion, le rôle de la suggestion ne doit pas être négligé : lors de son premier accident, en 1925, un jeune externe de la Salpêtrière avait d'abord pensé à la possibilité d'une tumeur cérébrale en raison de la céphalée, des nausées, etc... et avait dit imprudemment devant la malade : « Il faut surveiller le fond de l'œil, car elle pourrait devenir aveugle. » Huit ans après se réalisait une cécité pithiatique. Toutefois, répétons-le encore, ces accidents pithiatiques ne se réalisent chez elle qu'à l'occasion de périodes de dépression nerveuse.

Il serait du plus haut intérêt de connaître par quel mécanisme l'association scopolamine-chloralose peut ainsi agir sur le psychisme. Rappelons à ce sujet que les beaux travaux de Ch. Richet ont montré que le chloralose réalise une véritable inhibition corticale, avec une légère hyperexcitabilité médullaire. Quant à la scopolamine, elle semble renforcer, comme l'ont montré dans le laboratoire du Prof. Tiffeneau, MM. Braun, Mayer, Mlle Lévy, l'action du chloralose. Il est possible qu'il se produise une sorte de mise au repos momentané, permettant la reprise des fonctions bloquées.

L'administration du scopochloralose constitue une *véritable épreuve* confirmant ou infirmant le diagnostic. Elle ne donne en effet vraiment de résultat thérapeutique complet que dans le pithiatisme. Dans les autres troubles psychomoteurs, dans la catatonie, les états schizophréniques, les autres névroses comme la psychasthénie, etc., elle peut parfois momentanément amener une sédation partielle, mais elle ne guérit pas l'accès, comme cela a lieu dans le pithiatisme.

Il en est de même dans les syndromes extra-pyramidaux qui peuvent être momentanément atténués, mais non guéris.

Cette *nouvelle épreuve thérapeutique confirme donc une fois de plus l'individualité clinique du pithiatisme et permet*

de bien le délimiter parmi les autres syndromes moteurs ou psychomoteurs avec lesquels on le confond trop souvent.

En dehors du traitement de l'accident pithiatique, il ne faudra pas perdre de vue qu'il y a lieu de traiter les diverses conditions qui ont préparé la survenue de l'accès : il faut soigner lorsqu'elle existe la dépression nerveuse par le repos physique et moral, une bonne étude des conditions affectives, parfois l'isolement du milieu familial peut être très utile, surtout dans l'hystérie infantile. Enfin, il ne faut pas négliger, lorsqu'on peut les trouver, toutes les causes d'épuisement nerveux, émotives, infectieuses, toxiques, etc..., sans oublier le terrain et en complétant par un traitement spécifique doux lorsqu'on a pu déceler une hérédo-syphilis. Car, il ne faut pas perdre de vue que l'accident pithiatique est facilement récidivant, et qu'il faut essayer de réduire les causes qui les favorisent, ou même qui pourraient à la longue déterminer d'autres accidents psychopathiques.

***

Ainsi donc, il faut bien distinguer dans l'étude de l'hystérie le point de vue clinique et le point de vue pathogénique.

Au point de vue clinique, le territoire de l'ancienne hystérie a été en grande partie démembré au profit des diverses psychoses (démence précoce, psychose périodique, etc...) ou névroses. Actuellement, l'hystérie doit être limitée à des troubles neurologiques *réalisant l'apparence extérieure de manifestations volontaires et guérissables d'emblée par persuasion.* En un mot, cliniquement, l'hystérie doit être réduite au pithiatisme de Babinski.

L'individualité clinique du pithiatisme tel qu'il a été défini par Babinski est incontestable : le pithiatisme doit être différencié non seulement des autres syndromes neurologiques, en particulier des syndromes extra-pyramidaux, mais encore des psychoses, et des autres névroses. *Cette distinction a une importance pratique considérable.* L'épreuve thérapeutique reste la pierre de touche du pithiatisme. Dans aucun autre syndrome névropathique ou psychopathique on ne possède en effet ce pouvoir de guérison quasi immédiat.

Au point de vue pathogénique, le trouble moteur hystérique reste différent des syndromes anatomo-cliniques décrits en

neurologie. Ces derniers, en effet, n'intéressent que des voies motrices d'exécution, pyramidales ou extra-pyramidales.

Mais à côté des signes de la série pyramidale ou extra-pyramidale, il faut distinguer les *signes de la série psychomotrice,* intéressant les fonctions les plus élevées de la motilité. C'est de cette dernière série que font partie la catatonie et l'hystérie, la première traduisant une atteinte profonde, la seconde une atteinte légère, facilement curable. Entre ces deux syndromes, il existe à la fois des analogies et des différences. Mais leur caractère commun réside dans l'atteinte des mêmes fonctions (c'est-à-dire des *fonctions volontaires*).

Or, jusqu'à présent, les maladies de la volonté semblaient constituer des manifestations abstraites, exclusivement psychologiques et restant complètement en dehors des perturbations du système nerveux. Les données nouvelles relatives à la catatonie ne permettent plus de conserver ce point de vue : elles nous montrent en effet, que, dans cette affection, la volonté, l'initiative motrice, la décision même du mouvement peuvent être électivement touchées sous l'empire de processus toxiques ou toxi-infectieux, et qu'en pareil cas le trouble réalisé, tout en mettant en œuvre les mécanismes de l'action volontaire, a sa cause dans des perturbations somatiques. Ainsi seulement peuvent se comprendre et se concilier ces constatations en apparence contradictoires : l'apparence volontaire des troubles et cependant leur origine cérébrale.

Dans l'hystérie, les résultats des recherches étiologiques sont évidemment moins avancés et les mécanismes quelque peu différents.

Mais les explorations comparatives que nous venons d'exposer dans la catatonie et dans le pithiatisme, permettent cependant maintenant, nous semble-t-il, d'aborder par la voie physiologique et psychophysiologique le problème si discuté de la pathogénie de l'hystérie.

DISCUSSION DU RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Le Pr. Laignel-Lavastine (de Paris) félicite M. Baruk de son rapport si clair qui confirme la conception clinique du pithiatisme de Babinski.

Il existe de nombreux troubles nerveux dynamiques qui ne sont pas pithiatiques. Il ne faut pas les confondre, car leur origine est physiogenétique, non psychogenétique. Il en est ainsi de certaines crises nerveuses des enfants, qui ne sont ni épileptiques, ni pithiatiques, mais vagotoniques : on sait la fréquence de la vagotonie infantile, quelquefois liée à l'hérédo-syphilis.

M. Baruk a eu le mérite d'indiquer l'intérêt des substrats psychiatriques du pithiatisme. M. Laignel-Lavastine a souligné l'importance de l'état dépressif sous-jacent à beaucoup de réactions pithiatiques. Cette dépression s'accompagne souvent d'une labilité vago-sympathique qui, facilitant l'évasion des automatismes, rend compte de cette relative inertie mentale, si curieuse, du pithiatique relativement à sa réaction psychoplastique.

D'autre part, le facteur social ne doit pas être négligé. Le malade cherche l'apitoiement de l'entourage et accentue volontairement le tableau clinique ; l'habitude prise, il se trouve le prisonnier de son attitude. Aussi le médecin avec ses procédés de persuasion lui apparaît-il comme un sauveur lui permettant de sortir de là avec les honneurs de la guerre. Il y a aussi des facteurs physiologiques et psychologiques. M. Baruk les réunit dans sa cure de sommeil par hypnotiques avec suggestion. Il renouvelle ainsi la pratique des prêtres d'Asclépios dans le temple d'Epidaure, vaste sanatorium neuro-psychiatrique parfaitement compris.

Pr. H. Claude (de Paris). — Je suis heureux de féliciter M. Baruk de la clarté de son rapport dont les différentes parties prennent une valeur particulièrement démonstrative de sa belle ordonnation et de l'art des transitions si habilement ménagées. Il m'a été agréable de retrouver à la lecture de

ce document un certain nombre des idées qu'au cours des conversations poursuivies plusieurs années dans mon service nous avons échangées sur la forme de ces troubles psychomoteurs si difficiles à classer, et dont quelques publications faites en commun conservent la trace. Qu'il y ait des points de contact et des similitudes entre certaines manifestations cataleptiques ou catatoniques et les phénomènes hystériques, cela n'est pas douteux, surtout si l'on tient compte des résultats des épreuves biologiques qui ont été relatées dans nos mémoires et qui mettent en relief l'influence d'une certaine activité volontaire ; mais cette activité, si elle se manifeste à des degrés différents, est-elle de même nature dans tous les cas, traduit-elle le même degré de vigilance, là est la question. Or, il semble bien que l'observation montre des degrés dans cet état de vigilance, réglé par les conditions du psychisme plus ou moins altéré. Cette constatation faite, M. Baruk est conduit à ne considérer comme hystérique que les troubles psycho-moteurs dans lesquels le psychisme n'est pas grossièrement altéré et qui guérissent par persuasion. Nous voilà donc revenus à la définition de Babinski. Loin de moi l'idée de bouleverser l'œuvre clinique de l'homme dont nous avons tant apprécié les recherches si patiemment et si judicieusement poursuivies, et dont la sagacité éclaira la neurologie d'une si vive lumière, mais peut-être est-il permis de chercher à compléter et à délimiter la conception du pithiatisme.

Pour M. Baruk, ce qui ne laisse pas que de surprendre tout ce qui guérit par persuasion, c'est le pithiatisme. Remarquons toutefois que si l'on accepte la définition de Babinski, il faut la prendre complète. Quelle est-elle ? « Ce qui caractérise les troubles primitifs (de l'hystérie), c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion chez certains sujets, avec une exactitude rigoureuse et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la suggestion. » Or, peut-on reproduire à volonté chez des sujets plus ou moins névropathes toutes les formes de ces akinésies persistantes, de ces contractures tenaces, de ces pieds bots, de ces mains déformées, de ces attitudes d'hypertonie des muscles de la nuque et des lombes qui permet, par exemple, la position de maintien du sujet étendu sur deux dossiers de chaises. Peut-on d'autre part, comme on l'affirme, faire disparaître très rapidement ces troubles moteurs ? Quand on a pratiqué la rééducation d'un de ces contractés ou paralytiques,

on doit reconnaître que, si dès la première séance de longue durée on a obtenu un résultat satisfaisant, il faut reprendre la cure plusieurs jours afin d'éviter les récidives. Et, d'autre part, la persuasion agit bien dans une certaine mesure dans d'autres états psycho-névropathiques, catatoniques ou schizophréniques et dans des conditions de temps différentes.

Il y a donc des variétés dans les formes considérées du point de vue clinique. Je crois donc qu'il faut réserver le terme de pithiatisme à des accidents légers tels que paralysie ou parésie transitoires, contractures de causes locales reconnues, anesthésies ou plutôt analgésies localisées, algies diverses, spasmes ou tics, qui sont du domaine de la suggestion provocatrice et de la persuasion curatrice, et qui relèvent d'un processus d'interprétation erronée, ou d'une réaction émotive, tous phénomènes d'un mécanisme psychologique banal rattaché à une cause facilement vérifiable.

Mais à côté de cette forme d'accidents névropathiques légers, il faut réserver une autre dénomination, hystérie, si l'on veut, à des accidents beaucoup plus graves et qui traduisent une perturbation beaucoup plus profonde dans l'activité psychique ou psycho-motrice. Il faut en effet faire intervenir ici non plus un processus interprétatif et suggestif banal, mais une véritable dissociation fonctionnelle. C'est ce caractère sur lequel j'insiste depuis 1907 et qui se manifeste par l'*isolement* et la *fixation* d'une activité fonctionnelle troublée ; qu'il y ait des faits de passage entre cette forme et le pithiatisme, ce n'est pas douteux, mais il y a intérêt à distinguer ces deux types d'accidents psycho-névropathiques.

En effet, ces troubles sensitifs ou moteurs graves, de longue durée, s'accompagnent de réelles perturbations fonctionnelles voisinant avec les troubles d'origine organique comme nous l'avons montré avec Lhermitte (1918) et se caractérisant par exemple par la persistance d'un réflexe sous l'anesthésie profonde, ce qui indique bien l'intensité d'une condition dynamique véritablement très spéciale. Or, c'est précisément cet *état dynamique* si particulier qui se constitue *chez certains sujets, et pas chez tout le monde,* à l'occasion d'émotions, de traumatismes, de maladies toxi-infectieuses ou de perturbations endocrino-sympathiques qui donne à ces affections un caractère constitutionnellement spécifique. N'importe quel sujet névropathe peut faire à la suite d'une cause traumatisante une petite crise névropathique, une attitude antalgique

de contracture, une parésie d'un groupe musculaire qui cèdera à une invigoration un peu énergique. Mais réaliser l'oubli d'une fonction, d'une attitude très fatigante sans manifester la moindre gêne, la moindre lassitude, réaliser une agitation choréiforme tenace sans trêve, cela exige une capacité de dissociation d'une activité psychomotrice qui tire ses racines d'un trouble profond du psychisme à la base. C'est cette capacité particulière de dissociation fonctionnelle et de fixation, inconsciente ou subconsciente, qui permet, à notre avis, beaucoup plus que la persuasion curative, de classer ces sujets dans le cadre hystérique, qui sert de type de transition vers les états catatoniques avec manifestations cataleptiques. Le critère disparition par la persuasion n'est qu'un élément clinique trop simpliste et non suffisamment caractéristique. Ceci nous explique que si l'on considère l'évolution de ces manifestations hystériques, on puisse voir se transformer certains troubles moteurs et revêtir, chez le même sujet, à une période, un type représentant la forme usuelle de l'hystérie, à un autre stade un état psychomoteur plus accentué avec des degrés de conscience beaucoup plus profondément troublée que les apparences ne le laissaient supposer.

Ces états de forme catatonique doivent répondre beaucoup plus à des modifications dynamiques transitoires qu'à des altérations organiques, car il n'est pas rare de les voir guérir sans reliquat. J'en pourrais citer des exemples très curieux.

Enfin, chez d'autres sujets, la dissociation apparaît invétérée, constante, sous la forme de discordance et de schizophrénie vraie. Aussi, ai-je été tenté de grouper toutes ces variétés de troubles psychomoteurs sous le nom de *schizoses* qui met en relief le caractère dissociatif qui est commun à des degrés divers chez tous ces malades, et qui dépend, d'une part, de la vigilance de la volonté dont l'atténuation n'apparaît qu'à un degré très peu accentué dans le pithiatisme et qui prend un caractère de plus en plus accusé dans la catatonie et la schizophrénie. La parenté de ces états, qui mérite d'être plus longuement mise en lumière et que le rapport de M. Baruk a d'ailleurs signalé très justement, me paraît devoir retenir l'attention.

On arrivera ainsi à faire la part du pithiatisme et de l'hystérie dans la nosologie, et compléter l'opinion de Babinski, à savoir que le pithiatisme, et encore plus l'hystérie, dégagé des erreurs d'interprétation d'autrefois, comme des accusations de

simulation ou des exagérations reconnues telles, répond bien à un état psychonévropathique, qui fait partie d'un groupement morbide dont les conditions pathogéniques soulèvent d'intéressantes discussions sur lesquelles je reviendrai.

Dr P. Hartenberg (de Paris). — Ce Congrès, si j'ai bien compris sa tendance, serait une réaction contre la conception exclusivement psychologique de Babinski, et aurait pour but de montrer qu'il existe, dans l'hystérie, des éléments organiques qui en conditionnent la symptomatologie. Cette prétention est-elle fondée ? J'avoue que, malgré la conviction et le talent de M. Baruk, auxquels je rends hommage, je ne suis pas convaincu.

Et d'abord, qu'est-ce que l'hystérie ?

Je considère l'hystérie comme une des plus grandes illusions de la médecine. Cette névrose qui a fait couler des flots d'encre et d'éloquence, qui a suscité tant de controverses, n'est qu'une maladie fantôme, qui n'existe pas, qui n'a jamais existé que dans l'imagination de ceux qui l'ont décrite.

Vous savez que Charcot, rassemblant diverses manifestations névropathiques, crut pouvoir les réunir dans un même type nosologique dont les stigmates, et en particulier les anesthésies, formaient la base et l'unité.

Mais Bernheim d'abord, Babinski ensuite, montrèrent que ces anesthésies n'avaient rien de spontané ni d'authentique et n'étaient que le produit artificiel de la suggestion médicale : tout l'édifice, privé de ses fondations, s'écroulait.

On doit se demander comment un homme de génie, tel que Charcot, comment des neurologistes aussi éminents que ses élèves : Pitres, Brissaud, Gilbert Ballet, Babinski lui-même, comment le monde médical du monde entier ont pu croire, pendant des années, à une névrose dont le symptôme essentiel n'avait aucune réalité !

Il fallut donc procéder au démembrement de l'hystérie de la Salpêtrière. Or, lorsqu'on analyse sa symptomatologie, on s'aperçoit qu'on lui attribua des manifestations de quatre ordres différents :

1° Des symptômes de maladie organique, considérés comme névropathiques par erreur de diagnostic. Lorsqu'on relit les observations publiées jadis, on est stupéfait des méprises commises par les plus grands noms de la médecine.

2° Des simulations, des supercheries, des fraudes accomplies dans un but d'intérêt ou de vanité ; et ici encore, on est frappé de la naïveté avec laquelle les plus illustres de nos maîtres se sont laissé duper par d'habiles comédiennes.

3° Des réactions émotives, banales, sans aucun caractère particulier : palpitations, troubles vaso-moteurs, tremblements, diarrhée émotive, et tout spécialement les crises de nerfs spontanées dont nous parlerons plus loin.

4° Et enfin lorsqu'on a éliminé ces divers troubles, il reste une dernière catégorie d'accidents qui paraissent dus à la suggestion : anesthésies, algies, paralysies, contractures, astasie-abasie, aphonie, dysphagie, vomissements, etc. Or, c'est à ceux-ci que Babinski a proposé de réserver le nom d'hystérie ou de pithiatisme.

Je ne puis, pour ma part, que confirmer cette opinion du neurologiste de l'Hôpital de la Pitié. Ce groupe d'accidents existe. Il possède bien les caractères que lui attribuait Babinski, et j'ajoute que mon témoignage a la valeur de l'impartialité, car je ne suis pas un élève de Babinski.

Malheureusement Babinski voulut aller plus loin et alors il s'est lui-même trompé. Il voulut lui aussi réaliser l'unité de la névrose en attribuant à tous ces accidents une base pathologique commune. Il écrit, en effet : « L'hystérie est un état psychique spécial ». Or, quel peut être l'état psychique qui se manifeste par des troubles que la suggestion peut à la fois créer et supprimer, sinon la suggestibilité ? Mais cette suggestibilité représente-t-elle une disposition spéciale n'existant que chez les névropathes qui réalisent des accidents hystériques ? Nullement. La suggestibilité est une propriété normale de l'esprit humain. Nous sommes tous, sous l'influence de l'émotion et de l'imagination, susceptibles de nous laisser suggestionner, et l'histoire même de l'hystérie montre que les médecins n'échappent pas à la règle.

Ainsi, pour le pithiatisme de Babinski comme pour l'hystérie de Charcot, le fondement même d'une névrose fait défaut. Les accidents par suggestion ne sauraient, par leur réunion, constituer une maladie.

En fait, ces accidents ne sont autres que des incidents maladifs occasionnels, survenant dans la vie des sujets sous l'influence d'événements ou de circonstances fortuits, dont la genèse se retrouve généralement par l'analyse psychologique et qui guérissent le plus souvent sans laisser de traces.

J'en reviens maintenant au rapport de M. Baruk. Il nous propose à côté du syndrome pyramidal et du syndrome extra-pyramidal d'admettre un syndrome psycho-moteur contenant à la fois la catatonie et l'hystérie, la première représentant une atteinte profonde, la seconde une atteinte légère des mêmes fonctions volontaires. Or, ce rapprochement me paraît injustifié, et je ferai à M. Baruk trois objections :

D'abord, ce syndrome psycho-moteur n'expliquerait en rien le pithiatisme puisque celui-ci contient aussi des troubles sensitifs et viscéraux.

Ensuite M. Baruk fait entrer dans son syndrome les crises de nerfs. Mais la crise de nerfs n'est qu'une réaction émotive banale, analogue à la crise de larmes ou à la crise d'angoisse, provoquée le plus souvent par l'état émotionnel appelé énervement. Cette crise de nerfs spontanée n'a rien d'hystérique par elle-même ; elle n'appartient à l'hystérie que lorsqu'elle est reproduite par suggestion ou imitation, comme à la Salpêtrière.

Et enfin, comment M. Baruk peut-il assimiler la raideur catatonique par altération profonde des centres nerveux et la contracture purement dynamique du névropathe qu'on peut guérir instantanément en soufflant dessus ? Il y a là un illogisme que je ne comprends pas.

Pr. Lévy-Valensi (de Paris). — Je tiens d'abord à féliciter nos quatre rapporteurs, et particulièrement aujourd'hui les deux rapporteurs sur l'Hystérie, dont les mémoires auront désormais une place importante dans l'historique de la grande névrose.

Le rapport de mon ami Baruk, seul en question à cette heure, se distingue par l'originalité des conceptions comme de la documentation et par la clarté de l'exposition. C'est à cause de cette clarté même que je vais amicalement critiquer notre rapporteur. Pour être clair, nous sommes obligés de simplifier, mais la nature, la normale, comme la morbide, n'est pas simple et toute simplification tend à éloigner du réel.

M. Baruk pouvait nous dire : parmi les troubles que l'on a accoutumé de désigner par le terme Hystérie, je prends délibérément le pithiatisme qui seul m'intéresse aujourd'hui ; je vais montrer les ressemblances de ses fonctions psychomotrices avec celles de la catatonie, et aussi les différences, puis j'opposerai ces fonctions psychomotrices aux fonctions motrices pyramidale et extra-pyramidale. Dans ce champ clos,

M. Baruk était invincible et pour ma part, je lui rendais les armes, mais il n'a pas voulu vaincre sans péril et a nettement posé l'équation Hystérie = pithiatisme. Malgré la personnalité vénérée derrière laquelle cette opinion s'abrite, elle ne laisse pas d'être contestable.

Je sens que mon ami Baruk, qui me voit venir, se prépare à m'écraser, honneur pesant, sous la perruque de Sydenham et à m'annexer avec quelque dédain aux défenseurs de l'hystérie traditionnelle. J'accepte sans déplaisir cette rétrogradation car ce n'est pas perdre son temps que de s'attarder dans le passé. On y trouve des erreurs combien excusables, mais aussi des vérités éternelles, car nos anciens étaient de merveilleux observateurs. Ils avaient vu tous les phénomènes groupés par Babinski sous le terme de pithiatisme et depuis Galien, on savait qu'une « secousse morale » pouvait en guérir quelques-uns. Mais ils avaient vu aussi, chez les mêmes sujets, ce que je reproche à M. Baruk d'éliminer : les réactions émotives, les manifestations mythomaniaques. Que Babinski ait eu le grand mérite de montrer que les troubles trophiques, les œdèmes, etc., sont dus à la simulation, c'est incontestable, mais il n'en demeure pas moins que ses pithiatiques ont un psychisme qui les induit à cette simulation.

Quant aux réactions émotives, elles sont incontestables. J'ai eu le privilège d'assister, hélas ! il y a 27 ans, aux discussions de la Société de Neurologie sur l'Hystérie et d'Emotion, la victoire ne semble pas avoir été remportée par les partisans de l'hystérie à *froid*. Pour ma part, je partage entièrement l'opinion de M. le Professeur Claude qui, depuis 1907, soutient le rôle de l'émotion dans le déclanchement des accidents hystériques, sans nier pour cela le pithiatisme.

En conclusion, du point de vue clinique, je voudrais que l'équation Hystérie = pithiatisme fut remplacée par celle-ci : hystérie = pithiatisme + émotivité + mythomanie, ces syndromes n'étant pas seulement juxtaposés, mais intriqués et solidaires.

Au point de vue pathogénique, je rappelle que M. Claude et moi-même, dans le chapitre « Psychonévrose », de la 1re édition de son *Manuel de Neurologie,* chapitre à la rédaction duquel M. Claude a bien voulu m'associer, nous empruntions à l'automatisme psychologique de M. Pierre Janet et décrivions dans l'hystérie : 1° un automatisme conscient : les réactions émotives ; 2° un automatisme subconscient : le pithia-

tisme. Sans jouer trop du lit de Procuste on peut, dans le même groupe, faire entrer la Mythomanie hystérique, grâce à son élément imaginatif. Entre la mythomanie simple qui est mensonge et la Mythomanie délirante, il y a place sans doute pour des épisodes où le menteur morbide oublie qu'il ment. Il est probable que souvent le simulateur hystérique finit par se prendre à son propre jeu, son imagination se libérant *automatiquement* du réel, comme il advint au Marseillais légendaire, que mes concitoyens excusent ma comparaison, qui, ayant fait accepter une galéjade de taille aux habitants d'une ville voisine finit, devant son succès, par croire que c'était arrivé.

Ces états de désagrégation étant, sinon spécifiquement, du moins particulièrement hystériques, je trouve le terme de schizose, appliqué au groupe dans lequel le Professeur Claude incorpore l'hystérie, fort heureux et par son étymologie et par la parenté qu'il fait pressentir entre l'hystérie et d'autres psychoses.

Dr P. Courbon (de Paris). — Mon intervention a quatre buts :

1° démontrer que le pithiatisme n'explique pas tous les faits appelés hystérie et envisagés par le rapporteur ; 2° démontrer que la suggestion n'intervient pas toujours dans le déterminisme des troubles d'origine émotionnelle ; 3° réhabiliter avec M. Baruk la mentalité hytérique ; 4° insister sur le vigilambulisme.

Le mot pithiatisme ne convient qu'à une partie des faits appelés hystériques. En effet, étymologiquement et scientifiquement, au sens de Babinski et de Baruk, le mot pithiatisme ne comporte que l'idée de persuader ou de suggérer. Cet état se limite donc aux seuls phénomènes qui résultent d'une action du psychisme sur le psychisme, d'une action de l'esprit sur l'esprit. Par conséquent, doivent être exclus du pithiatisme : d'une part, tous les troubles qui, pour guérir, nécessitent l'adjonction d'une thérapeutique physique quelconque à la psychothérapie ; d'autre part, quelques-uns des troubles qui finissent spontanément par guérir avec le temps.

La persuasion armée, quelle que soit la nature de l'arme : électrique comme le torpillage, ou chimique comme la scopolamine-chloralose, est quelque chose de plus que de la psychothérapie. C'est une thérapeutique physique qui modifie matériellement le corps. Torpillage et scopolamine-chloralose ont des effets matériels identiques chez des sujets pithiatiques et

chez des sujets non pithiatiques. Le pyramidon lui aussi guérit immédiatement la crise de migraine sans rien suggérer.

Si l'on applique sur un individu des électrodes où ne passe aucun courant, on fait de la psychothérapie, car l'application n'a d'autre effet que d'éveiller des idées dans l'esprit, sans modifier le corps. Il en est de même si on donne à boire de la poudre de perlinpinpin. Dans les deux cas, on est en droit de dire que l'on n'a pas fait autre chose que de la suggestion. Les troubles curables par ces méthodes ressortissent incontestablement au pithiatisme. Mais si on applique un vrai courant électrique qui provoque des contractions musculaires et des irritations douloureuses, si on donne à absorber des narcotiques qui déterminent la résolution musculaire et l'anesthésie, ce n'est plus de la psychothérapie que l'on fait. Le nier, serait imiter M. Jourdain qui ne savait pas qu'il faisait de la prose quand il parlait. Si donc un trouble nécessite, pour guérir, autre chose que de la psychothérapie, c'est qu'il est autre chose que du pithiatisme. Cette autre chose, on l'appelle, faute d'un mot meilleur, hystérie.

Quant aux troubles qui finissent par guérir tout seuls, ils peuvent bien être pithiatiques, mais ils peuvent également ne pas l'être. Journellement, on voit en médecine courante des syndromes purement organiques, infectieux, toxiques, viscéraux ou autres abandonnés à eux-mêmes, disparaître spontanément.

La conclusion de ces considérations confirme donc l'opinion des auteurs qui, à la suite de Sollier, distinguent l'hystérie du pithiatisme.

Avant de passer au second point et en l'honneur de l'Exposition artistique de Bruxelles, j'invoque un argument iconographique à l'appui de ma thèse que la persuasion devient méconnaissable dès qu'on l'affuble d'une manière guerrière ou pharmaceutique. Les Grecs avaient fait de la persuasion une déesse. Eh bien, eux qui donnaient un casque, une lance, un bouclier à la Sagesse, ne mettaient dans les mains de Peitho qu'une inoffensive couronne de lauriers. Telle la représentèrent Phidias à Athènes et Praxitèle à Mégare.

2° La suggestion n'intervient pas toujours obligatoirement dans la genèse des troubles consécutifs à l'émotion. En effet, l'émotion est un composé de deux éléments entre lesquels il n'y a pas forcément parallélisme, ni interréaction : d'une part, l'élément psychique qui est l'effet produit par l'excitation émo-

tionnante sur le cours des idées du sujet et, d'autre part, l'élément physique, qui est l'effet produit par l'excitation émotionnante sur la motricité, la sensibilité, la vasomotricité et les sécrétions. Il est des individus émus qui, avec le masque parfait du sang-froid, perdent complètement la raison. Il est au contraire d'autres individus émus qui, malgré tous les signes physiques de l'angoisse, gardent toute leur lucidité. Ces cas d'émotions purement physiques sont bien connus. Turenne en est un exemple historique. Il tremblait sur le champ de bataille. Oserait-on prétendre que la suggestion était pour quelque chose dans le tremblement de ce général, qui gardait toujours la maîtrise de ses pensées et s'interpellait lui-même en disant : « Tu trembles, carcasse, mais tu tremblerais bien davantage si tu savais où je vais te mener ! »

De tels exemples prouvent que l'origine émotionnelle d'un trouble n'implique pas forcément l'intervention du facteur suggestion dans son étiologie. Par conséquent, dire avec Sollier et avec Claude que les troubles hystériques sont quelquefois de nature émotive, ce n'est pas impliquer qu'ils sont pithiatiques.

3° Le vigilambulisme, symptôme primordial de l'hystérie. Le vigilambulisme, ou « apparence de sommeil persistant pendant l'état de veille » est un symptôme décrit par Charcot et sur lequel insistait Sollier. L'hystérique a l'air mal réveillé, engourdi, distrait, parfois même somnolent ; il faut à chaque instant le secouer pour le rappeler à la réalité. Ce symptôme est important, parce qu'il est l'expression mimique des états psychiques que Janet appelle rétrécissement de la conscience et dédoublement de la personnalité, des états que Claude appelle isolements de fonctions, des états que d'autres auteurs appellent crépusculaires.

4° Avec Baruk, je crois que le mensonge et la perversité ne sont pas des attributs de l'hystérie. Ils peuvent, comme le pithiatisme, coexister avec n'importe quelle diathèse, dont l'hystérie.

Comme conclusion générale, je dirai que d'après le critère même de Baruk (la curabilité par persuasion) on doit distinguer, d'une part, le pithiatisme qui n'est autre chose que de la suggestibilité, dont la condition est purement psychique, et dont les troubles sont créés par l'imagination ; d'autre part, l'hystérie, dont la condition est physique et qui réside dans une propriété particulière du système nerveux, dans une espèce

de neuro-plasticité sur laquelle je m'expliquerai en discutant le deuxième rapport.

En soutenant cette distinction, j'ai la certitude de ne commettre aucun sacrilège envers l'œuvre magnifique de Babinski. Il voulait avec raison le démembrement de l'hystérie. C'est aller à l'encontre de ses efforts que de remembrer en une unité artificielle des faits de natures hétérogènes, les uns de nature psychique, les autres de nature physique.

Dr A. Rouquier (de Nancy). — M. Baruk me permettra, après l'avoir chaudement félicité de son beau rapport, de le remercier de se ranger à mon point de vue qui est, je crois, celui de la majorité des neurologistes pour ce qui concerne l'état des réflexes cutanés des sujets atteints de paralysies hystériques ou pithiatiques. Si on laisse de côté les conséquences de l'immobilisation prolongée ou de la contracture des orteils par exemple, nous estimons que les réflexes cutanés ne peuvent être modifiés chez ces malades pas plus que les réflexes tendineux. La diminution ou l'abolition des réflexes abdominaux ou du cutané plantaire du côté malade chez un sujet atteint d'hémiplégie flasque est, à notre avis, une raison péremptoire d'en admettre l'organicité : elle représente un des éléments importants du syndrome pyramidal déficitaire pur. C'est un point de vue d'une importance capitale sur lequel je me permets, avant qu'on aborde la discussion du rapport de neurologie, d'attirer l'attention du Congrès.

J'ai été très heureux d'apprendre que, chez les sujets atteints de contracture pithiatique, les courants d'action restaient à peu près normaux ; c'est là un argument en faveur du point de vue que je soutiens depuis longtemps, c'est-à-dire qu'un trouble pithiatique convulsif, moteur ou excito-moteur (c'est à dessein que nous ne parlons pas des troubles sensitifs ou sensoriels) doit pouvoir être reproduit volontairement. La contracture pithiatique vraie représente une contraction volontaire très accusée.

Pour ce qui concerne la psycho-physiologie de ces troubles, M. Baruk me permettra de lui rappeler que nous n'observons pas le même type de malades et que nous ne vivons pas dans le même milieu. C'est une des raisons pour lesquelles il m'a été si agréable de confronter mon point de vue avec le sien. Si donc nous admettons, avec Babinski, que les pithiatiques ne sont pas des simulateurs, qu'ils se prennent au piège de leur

propre mensonge, nous estimons qu'on passe de l'accident pithiatique, créé de toutes pièces par le sujet et souvent subi par lui, au trouble réellement simulé par toute une série d'imperceptibles transitions. Les accidents pithiatiques apparaissent très souvent quand le sujet a intérêt à être malade, à prolonger une indisponibilité : d'où la fréquence des associations organico-pithiatiques ; toutes les guerres entraînent l'apparition chez tous les belligérants de véritables épidémies d'hystérie masculine. Pour nous, les pithiatiques ne sont pas plus intéressants que des simulateurs vrais, ce qui ne veut pas dire qu'ils doivent être traités comme tels.

Un facteur important qui intervient dans la production des contractures pithiatiques ou même des paralysies flasques, beaucoup plus rares, et d'une physiologie vraisemblablement plus complexe, c'est la douleur. Voici les conditions dans lesquelles sont apparues les dernières paralysies hystériques que nous avons eu l'occasion d'observer : contracture en extension des membres inférieurs consécutive à un petit rhumatisme des genoux ; contracture en extension du membre inférieur survenant après une phlébite au cours d'une cure de hernie ou après une fracture d'un condyle fémoral ; paraplégie flasque chez une jeune fille polonaise domestique de ferme en France, c'est-à-dire dépaysée, parce qu'ignorant la langue du pays, à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, etc.

M. Baruk me permettra de lui dire en terminant que nous avons de sérieuses raisons, en d'autres termes des observations inédites, qui nous permettent de supposer que certaines paralysies (il ne s'agit pas d'hémiplégies), que la plupart des neurologistes qualifieraient encore d'hystériques ou de pithiatiques, à cause de l'absence des signes dits d'organicité, de la variabilité des troubles, de la superposition d'anesthésie elle-même variable, d'amaurose transitoire, ne le sont pas plus, à mon avis, que le cataleptique dont il a récemment publié la si intéressante observation.

La question des paralysies dites hystériques est infiniment plus complexe que nous ne le supposions il y a quelques années ou quelques mois. Quant aux paralysies pithiatiques vraies, elles guérissent très facilement par contre-suggestion, douce ou brutale, et la conception générale de Babinski demeure intacte. Nous essayons simplement de la compléter, car tout se modifie en ce bas monde.

Dr Codet (de Paris). — Dans son intéressant rapport, Baruk suit la même voie que Babinski. Grâce à une méthode d'exament rigoureuse, il continue à démontrer que le trouble hystérique ne s'accompagne d'aucun signe organique ; en somme, il prouve que l'hystérie n'est pas d'ordre neurologique, mais d'apparence neurologique.

Comme l'écrivait récemment H. Ey, on voit par là « ce que l'hystérie n'est pas ».

D'autre part, le critère de la guérison immédiate ne paraît pas suffisant : même en cas de disparition totale du symptôme, chacun sait combien les récidives sont probables ; donc on n'a guéri que quelque chose de superficiel. Ce critère ne paraît non plus pas nécessaire : l'échec d'une tentative n'a pas une valeur absolue et, de plus, le diagnostic d'hystérie doit pouvoir être posé avant de l'entreprendre.

Le diagnostic positif est fondé sur l'ensemble clinique qui traduit l'état psychique fondamental, cet « état psychique particulier » dont parlait Babinski et qui vaut d'être cité.

On observe ses traits, que les accidents hystériques soient d'allure neurologique ou non, et l'ensemble de cette mentalité hystérique se résume en quelques points, sur lesquels, en pratique, les cliniciens tombent d'accord : apparence d'exagération volontaire de troubles atypiques que l'examen somatique ne légitime pas, tendance à la mise en scène, influence des facteurs émotionnels. Il ne me paraît pas justifié d'en expliquer l'origine par un simple épuisement de la volonté : de gros troubles généraux, franchement déprimants, ne s'accompagnent d'aucun signe hystérique et, réciproquement, les manifestations hystériques se développent sans aucun signe d'épuisement ; on note bien souvent au contraire une activité et une opiniâtreté remarquables.

Aussi, devant ce paradoxe de troubles subis et mis en scène, indésirables et cependant défendus fermement, est-on obligé de reconnaître une contradiction entre les éléments dirigeants de la personnalité. On ne peut le comprendre que par la connaissance de l'activité, tant normale que pathologique, de *l'inconscient* et par le *rôle prédominant de la vie affective* sur l'activité rationnelle.

Grâce à ces notions, depuis les travaux de Freud, nous pouvons saisir dans un ensemble clinique fait de paradoxes et de contradictions, une véritable ligne de conduite, une *finalité* profonde et obstinée. A l'examen, le comportement du névrosé

apparaît comme quelque chose de faux, de truqué, d'illogique, qui s'éclaire comme un véritable « roman à clef » dès que l'on tient celle-ci.

Le premier point commun, dans les réactions hystériques, me paraît être le sentiment, exact ou illusoire, de faiblesse par rapport à l'entourage social. Elles s'observent avec une plus grande fréquence chez les enfants, chez les femmes, chez les êtres qui se sentent moins bien armés intellectuellement ou physiquement (constitution miniature), chez des individus isolés contre une collectivité puissante (hystérie de guerre, sinistrose).

Le point de départ de la réaction hystérique me paraît résider dans un élément psychologique banal et normal : la constatation du bénéfice apporté par l'état maladif. A partir de là se développe chez certains, un besoin impérieux, sincère, d'accaparer l'intérêt, la pitié ou les soins d'autrui, par une véritable *revendication affective* (éléorexie). Elle est inconsciente et sincère à son origine, franchement passionnelle, devient souvent tyrannique et mensongère dans ses procédés.

La revendication affective, pour appuyer sa politique, tend à utiliser tout trouble pathologique, ce qui donne à la personnalité le sentiment apaisant d'être la victime *irresponsable* d'une fatalité organique. Inconsciemment, elle exploitera tout état maladif réellement subi dans le présent ou jadis, ou observé chez autrui, voire même imaginé. Je ne crois pas que le syndrome hystérique puisse créer directement un trouble somatique, mais je crois qu'il utilise très souvent, soit une affection manifeste et légitime qu'il colore et enrichit, soit des particularités physiologiques minimes, demeurées inaperçues auparavant (troubles vaso-moteurs, asymétries fonctionnelles, etc.).

Ainsi peut s'expliquer la grande, l'infinie variété des aspects individuels du syndrome hystérique. En effet, la forme extérieure, le type pathologique visible n'est que *l'argument,* pris au gré des possibilités du moment, par le mobile profond, constant qu'est la revendication affective inconsciente.

Ceci nous explique la fréquence des aspects neurologiques ; ceux-ci sont ordinairement des troubles visibles, démonstratifs, bien plus que les affections viscérales. Mais ces dernières sont bien utilisées dans certains cas par l'inconscient (vomissements, anorexie, algies abdominales, etc.).

Enfin, cette interprétation permet de mieux comprendre la

suggestibilité hystérique. Elle n'est pas une imitation automatique ou fortuite, mais représente toujours une *tendance élective,* réalisation de symptômes possibles et démonstratifs, création de signes jugés pleins d'intérêt (suggestion médicale), succès de la politique affective et acceptation d'un état digne d'attention (guérison par suggestion).

On retrouve toujours le fil d'une finalité affective qui explique les apparences paradoxales. A ce propos, le traitement préconisé par Baruk est plein de valeur ; il permet à un hystérique, pris dans de bonnes conditions, de renoncer à son ostentation maladive, sans l'humiliation d'un désavœu et sans la punition douloureuse de certaines électrisations.

Dr Cenac (de Paris). — Cenac félicite vivement Baruk sur son rapport et lui exprime sa joie de constater que, souvent, partis de points différents, on finit par se rapprocher et parfois se rencontrer. Les conclusions de Baruk ouvrent un champ à l'étude des éléments psychiques de l'hystérie, car, dit-il, « la contraction hystérique représente une contraction en bloc de tout le membre comme une *contraction volontaire* » que le malade subit, pouvons-nous ajouter. On est donc autorisé de dire, avec notre maître Henri Claude, qu'il s'agit là d'une *volonté inconsciente.* Ce paradoxe mérite quelques explications, il s'agit, comme nous l'écrivions avec Codet (1), d'un état spécial de l'émotivité caractérisé par des réactions disproportionnées avec l'état affectif conscient du sujet. Chez les hystériques, tout se passe comme si une première réaction idéo-émotive déterminait une véritable *enclave.* Une fois constituée, en temps ordinaire latente, elle est susceptible d'émerger tout d'une pièce et de se manifester tout d'une pièce, selon les cas dans le champ de la sensibilité, de la motricité de l'activité générale ou simplement de l'idéation.

La façon d'être organique et mentale du sujet comporte vraisemblablement des aptitudes physiques et psychiques particulières, comme dans le déterminisme de toute manifestation émotive ; il est possible que la prédominance en revienne tantôt à une susceptibilité organique primitive, tantôt à une sensibilité affective primordiale, — à notre sens la plupart des cas observés comporteraient cette double origine, l'enchaî-

(1) Codet et Cénac. — Chap. Hystérie. *Pratique Médico-Chirurgicale.*

nement constitué par ces réflexes conditionnés psycho-somatiques pouvant être *réversible*.

Pour terminer, Cenac insiste sur la différence qui existe entre l'obsédé et l'hystérique au point de vue des réactions émotives.

L'hystérique paraît avoir *cristallisé* son émotion dans le symptôme au moment de l'apparition de ce dernier. Elle ne peut désormais se manifester qu'au cours d'une réduction thérapeutique par persuasion, invigoration ou transfert — elle se manifeste alors avec une intensité impressionnante. Chez l'obsédé, rien de semblable, son émotion, plus diffuse est constante, tous les actes de sa vie en sont empreints, elle est alimentée par l'éternel conflit d'instances opposées qui laisse ces malades dans un état perpétuel de doute.

Dr Parcheminey (de Paris). — J'adresserai tout d'abord mes félicitations à M. Baruk pour la très importante étude qui a été l'objet de son rapport et je désire seulement, à propos de deux phrases de ce rapport, préciser quelques points particuliers.

D'une part, quand M. Baruk étudie la nature de l'inhibition des fonctions psycho-motrices volontaires, il souligne avec force le fait que l'aspect volontaire du trouble n'est qu'apparent, et, dit-il, le trouble n'est nullement voulu, désiré par le malade, il est au contraire subi.

Or, précisément, une des grandes difficultés à comprendre la nature de ce symptôme hystérique a résidé en quelque sorte entre l'idée d'un trouble lié à des perturbations anatomiques, et M. Baruk en a très nettement donné les éléments de diagnostic, ou d'un trouble volontaire, mais alors que la volonté puisse reproduire intégralement ce qui ne correspond pas aux phénomènes observés en clinique, comme le souligne le Professeur Claude.

Si, au contraire, tout en demeurant sur le terrain psychologique, on fait intervenir avec plus de netteté la notion d'inconscient, il semble qu'on arrive à une hypothèse plus satisfaisante.

Or, l'étude de l'hystérie comme des autres névroses, vue sous l'angle de la psychanalyse, nous amène à la notion essentielle que le symptôme a une valeur psychologique, que sa formation est liée à des mécanismes psychologiques étudiés et précisés ; ces mécanismes psychologiques primitifs n'ont rien à voir avec les lois de la pensée rationnelle.

Que ce soit dans les névroses, dans l'étude du phénomène normal du rêve, où le moi conscient est inhibé, dans l'hypnose qui réalise une dissociation expérimentale, nous nous trouvons en présence des lois de la pensée primitive, régressive, qui conditionnent chez les uns des syndromes obsessionnels, chez d'autres des symptômes dits hystériques.

Ces mécanismes de la pensée primitive, lois de condensation, de déplacement, de symbolisation, ont été décrits par Freud et repris pour l'explication du syndrome hystérique par des auteurs tels que Kretschmer et von Monakow.

Quand on analyse un sujet, on peut se rendre compte de tels faits, qui aboutissent à ces phénomènes d'isolation d'une fonction d'enclave psychique, comme l'a montré le Professeur Claude.

Cette hypothèse scientifique nous explique plus clairement l'autonomie, en quelque sorte, de ce trouble, son côté non réductible par la volonté, c'est-à-dire par le moi du sujet, et quand M. Baruk dit qu'il est subi par le malade, nous percevons une autre notion que la psychanalyse met en valeur, c'est le côté dynamique des éléments inconscients du psychisme.

Le symptôme nous apparaît comme une résultante, un compromis entre plusieurs tendances opposées, pulsions inconscientes d'une part, inacceptation du moi d'autre part.

C'est pourquoi il apparaît dans le psychisme comme un élément étranger irréductible, tant que le conflit entre les tendances n'est pas liquidé.

Je désirerais montrer par un exemple bref d'un trouble psychomoteur cette notion. Un jeune malade présente une contracture du bras droit manifestement pithiatique — elle résiste à toutes les tentatives de traitement par persuasion et on décide un traitement par la psychanalyse. Rapidement, le médecin se rend compte de la signification psychologique de cette contracture : il s'agissait d'un étudiant qui, au cours d'un examen, pris à parti par un professeur sévère au cours d'un exposé au tableau noir d'un problème de mathématiques, laissa tomber la craie qu'il tenait et développa une contracture du bras droit.

Ce symptôme revêtait en effet un compromis entre deux tendances opposées, l'une violente pulsion agressive envers le professeur, l'autre angoisse et peur d'une sanction punitive. On pourrait dire que la contracture satisfaisait chacune de ces

deux tendances sans permettre à l'affect de haine sa pleine réalisation.

Or, et c'est le point intéressant que je désirais souligner ici, la prise de conscience de ce mécanisme de la contracture n'amena aucune modification dans le comportement du malade.

En pénétrant plus profondément dans le psychisme refoulé, dans l'inconscient, on mit en lumière une situation infantile analogue où l'enfant présentait un conflit entre des pulsions très fortement agressives vis-à-vis du père (ceci à l'occasion de menaces contre un onanisme précoce) et la peur, l'angoisse.

Il semblait donc que la situation qui avait provoqué à 18 ans la contracture hystérique n'était en quelque sorte qu'une résonance psychique sur un sujet sensibilisé et en puissance de manifester un symptôme morbide.

La conclusion thérapeutique illustre cette manière de voir : car ce n'est qu'après la liquidation du conflit infantile initial, par le processus du transfert que nous utilisons en psychanalyse, ce n'est qu'à ce moment que la contracture du bras disparut totalement.

Cet exposé schématique me paraît instructif, car il nous montre que bien souvent des guérisons ne peuvent être obtenues que par une analyse très poussée et l'on voit souvent de simples rémissions de troubles hystériques, qui récidivent dès que des circonstances extérieures viennent réactiver des situations psychologiques inconscientes.

Je suis donc tout à fait d'accord, et mes quelques remarques ne constituent aucune critique à l'exposé du Rapporteur, mais me paraissent sur un autre plan converger vers des conclusions analogues.

M. Baruk a parlé à un moment de traduction psychologique d'un symptôme et il a fait allusion à la baisse de la tension psychologique.

La psychanalyse ne fait qu'appuyer ce point de vue en mettant en relief la dissociation psychique qui est à la base de la formation du trouble morbide, et c'est sur cette dissociation, cette séparation de deux plans du psychisme que je voulais insister.

Pr. A. Porot (d'Alger). — Je suis heureux de constater que nos Rapporteurs ont reconnu le bien-fondé de la doctrine de Babinski. Cela ne surprend pas ceux de notre génération qui ont assisté au démembrement de l'ancienne hystérie de Char-

cot, qui, pendant la guerre, dans les Centres neurologiques, brassaient à pleins services les accidents neurologiques fonctionnels et ont vu se consolider la conception de l'accident pithiatique. Aussi bien cette conception devait-elle traverser, intacte, le mélange troublant des faits nouveaux apportés par l'histoire de l'encéphalite et des catatonies.

Je voudrais, pour ma part, — et, sur ce terrain, je crois que l'accord se fera — qu'on mît au point une question de terminologie. Déjà, à l'occasion de la guerre, nous avions demandé, avec Hesnard, qu'on abandonnât l'expression d'*Hystérie* qui évoque trop une conception périmée, celle d'une *entité nosologique morbide,* spéciale et essentielle. La maladie « Hystérie » n'existe pas. Il n'y a que des accidents, qu'on peut dire « *pithiatiques* », en raison de leur critère thérapeutique. N'employons le mot pithiatique que comme *adjectif* et non comme *substantif ;* nous ne soulignons ainsi que le caractère artificiel et relatif, propre à ces accidents, très polymorphes d'aspect au surplus.

J'aurais bien quelques réserves à faire sur la valeur absolue et la constance du critérium thérapeutique. M. Baruk a peut-être trop restreint les aspects symptomatiques de ces accidents. Je crois, avec le Professeur Claude, qu'il y a, à côté de ceux qu'on réduit totalement et aisément, une catégorie de faits qu'il appelle « dynamiques » et dans lesquels la volonté — consciente ou inconsciente — n'intervient pas seule. Il y a aussi tous les faits d'association hystéro-organique (et ce sont les plus nombreux). Il y a enfin des cas où malgré un processus purement psychogène, la persuasion ou l'invigoration (elle est nécessaire dans certaines conditions de milieu) amènent la détente rapide ou subite, mais n'empêchent pas la reproduction, dès que leur action s'arrête.

J'ajoute qu'il y a des accidents qui ont tous les caractères de l'accident pithiatique, s'évanouissent aisément par la suggestion et pourtant, après une série de récidives, démasquent une démence précoce en évolution. Comme M. Claude, j'en ai observé des cas très démonstratifs. Un jeune soldat au début de la guerre est réformé pour une monoplégie fonctionnelle qui guérit seule après la réforme. Pris de remords, le sujet s'engage à nouveau ; après quelques semaines de service, il fait une aphonie pithiatique. On l'hospitalise, il guérit, mais développe un léger état maniaque. On le réforme. Six mois après, grandes crises convulsives du type hystérique. Puis,

lentement, s'installe un état schizophrénique avec dissociation mentale. Le sujet est aujourd'hui un grand dément précoce, interné depuis 18 ans.

Le problème étiologique, tel que l'a envisagé le Rapporteur, est à mon sens insuffisant. Il a parlé des conditions d'apparition des accidents, évoqué une constitution de débilité physique spéciale, très contestable à mon sens, car on voit de tels accidents chez des sujets de toutes complexions, voire vigoureux.

Le vrai problème, il ne l'a pas posé. On nous dit bien comment se produit l'accident, quels sont ses mécanismes d'expression, mais on ne nous dit pas *pourquoi* il se produit. Et sur le terrain pratique, c'est cela qui importe. Vous vous heurtez constamment au problème de la sincérité, et, dans la pratique journalière, faire le diagnostic d'un accident pithiatique, c'est bien, mais ce n'est pas suffisant ; il vous faudra connaître les raisons de son apparition, les mobiles secrets ou plus ou moins avoués qui l'ont déclanché, et sont susceptibles de le ramener ; il vous faudra souvent prendre une sanction médico-légale basée sur la légitimité des manifestations. La suspicion rôde toujours autour de l'accident pithiatique.

C'est que le vrai problème est dans le plan psychologique. Qu'on le veuille ou non, il faut en revenir là. Toutes ces manifestations, dites pithiatiques, malgré leurs formules d'expression psycho-motrices ou diencéphaliques, sont en définitive conditionnées par une disposition mentale spéciale, tantôt passagère et accidentelle pour les cas simples, non récidivants, tantôt chronique, pour les cas tenaces ou à rechutes, tantôt évolutive pour les cas qui versent dans des psychoses caractérisées.

Ces manifestations pithiatiques sont aussi variées et diverses, disions-nous déjà en 1917, que sont nuancés et complexes les motifs qui les déclanchent et les états affectifs et intellectuels qui les supportent.

La sincérité, comme tous nos sentiments, a ses degrés et ses nuances, ses relativités et ses alliages.

Allant plus loin avec Hesnard, rapprochant ces faits de ceux de la simulation — qui en sont si voisins ! — nous avions fait de toutes ces manifestations un groupe, le groupe des *syndromes expressionnels*. Dans tous ces cas, il y a toujours à étudier le rapport entre l'état organique et le fonds mental réel d'une part, et d'autre part l'expression de cet état,

la symptomatologie fonctionnelle qui le traduit. C'est ce problème de l'inadéquation de la mimique ou de l'attitude expressive qui constitue le lien commun qui rapproche pithiatiques et simulateurs, débiles mentaux et déments précoces à certaines phases de leur évolution, autres tarés et déséquilibrés de l'expression psycho-motrice.

Dr Flournoy (de Genève). — Le rapporteur a montré les différences fondamentales qui séparent le syndrome hystérique des troubles pyramidaux et extra-pyramidaux et les raisons qui permettent de le rapprocher du syndrome psychomoteur catatonique. D'autre part, les études du Docteur Baruk sur la bulbocapnine et sur la catatonie colibacillaire constituent, à son avis, une présomption en faveur de l'étiologie organique de l'hystérie. Mais il aurait été intéressant de savoir en quoi cette organicité diffère de celle de la catatonie. Elle en diffère certainement, car le rapporteur n'a nulle part exprimé l'idée que les troubles hystériques fussent toxi-infectieux ; une telle idée contredirait la définition de ces troubles tels qu'il les a caractérisés, à savoir qu'ils peuvent être guéris totalement et quasi immédiatement par la psychothérapie (Voir le cas typique de Noica, cité en note à la page 87). L'adjectif « organique » doit donc être précisé si l'on veut éviter des malentendus. Il s'applique à des lésions anatomiques du système nerveux lorsqu'il s'agit des syndromes pyramidal ou extra-pyramidal. Dans le syndrome catatonique, il désigne un état toxi-infectieux. Enfin, dans l'hystérie, le rapporteur a été obligé, pour conserver l'adjectif « organique », d'en assouplir la signification à tel point qu'il est devenu synonyme de « perturbations physiologiques » (p. 118). Une telle extension du mot lui enlève donc toute valeur précise, lorsqu'on l'applique au syndrome hystérique. Il vaudrait mieux l'abandonner ici — ou le remplacer par le mot « dynamique », conformément à la doctrine du Professeur Claude, et à d'autres publications du Docteur Baruk lui-même.

La notion de perturbations nerveuses *dynamiques* est d'ailleurs la seule qui permette de comprendre l'action de la psychothérapie. Le Docteur Baruk, il est vrai, estime que cette action, dont il reconnaît si justement toute la valeur, « ne s'oppose nullement à la notion de l'origine organique de la maladie » (p. 110). C'est aussi notre avis. Mais n'oublions pas que lorsque nous améliorons un catatonique ou un parkin-

sonien par la psychothérapie, ce n'est ni sur les toxines ni sur les lésions que porte notre action — c'est uniquement (et temporairement) sur leurs répercussions nerveuses dynamiques. On se rend compte, à plus forte raison, pourquoi les troubles hystériques (totalement curables par la psychothérapie) doivent être considérés comme dynamiques, tandis qu'il convient de réserver le qualificatif « organique » aux syndromes lésionnels ou toxi-infectieux.

Indépendamment de cette question de clarté dans la terminologie, la conception dynamique de l'hystérie a l'avantage de pouvoir se concilier entièrement avec une étiologie psychologique. Il est exact que Bernheim a décrit, comme le rappelle le Dr Baruk, des manifestations hystériformes apparaissant au cours de divers états débilitants ou toxi-infectieux ; on peut en observer dans tous les services hospitaliers. Janet a noté, lui aussi, ces causes somatiques occasionnelles. Mais ces auteurs ne se sont pas contentés d'une conception pathogénique basée exclusivement sur des facteurs aussi généraux, qui peuvent entrer en ligne de compte, de même que l'hérédité, dans une foule de conditions morbides. Il ressort aussi de leurs observations cliniques que ce n'est pas l'expérimentation avec des produits toxiques ou infectieux qui constitue la meilleure voie d'approche pour la compréhension de l'hystérie, — mais bien l'étude des phénomènes de l'hypnose (non médicamenteuse) et du sommeil physiologique. Le grand mérite de Bernheim, de Janet, et de tant d'autres auteurs, a été de mettre en relief ce qui distingue les hystériques par rapport aux autres malades, ce qui leur appartient en propre et qui caractérise vraiment leurs troubles : c'est qu'il s'agit de certaines perturbations dynamiques conditionnées par des facteurs psychologiques. C'est cela, et pas autre chose, qui est pathognomonique de l'hystérie.

En laissant de côté cette pathogénie psychologique (et en ne défendant ainsi, me semble-t-il, que la moitié de la définition du pithiatisme de Babinski !), j'ai eu l'impression que le Dr Baruk avait cédé à une méfiance excessive à l'égard de la psychologie. Cela ne m'a plus surpris lorsque j'ai trouvé, à la fin de son rapport, une phrase où il est question de « manifestations abstraites, exclusivement psychologiques et restant complètement en dehors des perturbations du système nerveux ». Une telle manière de voir serait en effet inacceptable. Mais aucun psychologue ne l'a jamais admise, pas plus Ribot

— dont le Dr Charpentier, dans son discours présidentiel, vient d'esquisser la doctrine d'une manière magistrale — que Janet ou que Freud. Ce dernier, qui a poussé l'investigation psychologique plus loin peut-être qu'aucun autre, n'a jamais considéré les phénomènes qu'il observait comme étant abstraits ou dénués d'attaches avec les perturbations du système nerveux. Ses analyses de cas d'hystérie en font foi ; elles nous renseignent non seulement sur la signification des symptômes hystériques, mais surtout sur les phases d'évolution instinctive par lesquelles le malade a passé. Ce sont là des données psychologiques individuelles et concrètes, d'ailleurs inconcevables en dehors du fonctionnement de l'organisme. Dans tous les cas de vrai pithiatisme (comme celui de Noica, cité plus haut), c'est bien la psychanalyse qui serait en mesure de nous donner, dans l'état actuel de nos connaissances, le plus de lumière en fait de pathogénie.

Après les réserves qu'il m'a paru nécessaire de formuler, je tiens à m'associer aux félicitations qui ont été adressées à M. le Dr Baruk. Son remarquable rapport, si documenté et si suggestif, nous permet de nous acheminer vers une compréhension plus complète, à la fois neurologique et psychologique, des problèmes de l'hystérie.

Dr Heuyer (de Paris). — Je m'accorde avec M. Baruk sur la définition qu'il donne de l'hystérie. Cette définition ne se distingue pas de celle qu'a donnée Babinski. Deux éléments essentiels sont à retenir :

1° Les symptômes dits hystériques ne s'accompagnent d'aucun des signes objectifs des maladies neurologiques, mentales, ni viscérales connues ;

2° Ils peuvent être guéris par un procédé psychothérapique que Babinski appelle suggestion et que Déjerine nomme persuasion.

La définition donnée par Baruk ramène l'hystérie au pithiatisme de Babinski.

Il est temps alors d'abandonner le terme d'hystérie qui est un caput mortuum : l'hystérie n'existe pas ; le pithiatisme, les accidents pithiatiques existent.

Dans l'étude du mécanisme des accidents, Baruk déclare que le pithiatisme est un trouble psychomoteur : soit. C'est l'opinion même de Dupré. Je m'étonne que Baruk ne l'ait pas rappelé, comme il était juste de le faire. Dupré disait : l'hys-

térie est une « réalisation psycho-plastique ». Dupré a établi la grande loi psycho-motrice qui domine la pathologie mentale : A. Collin, Logre et d'autres élèves de Dupré en ont fait l'objet d'études diverses. La thèse de Bernadou en 1922 énonce les divers troubles psychomoteurs de l'encéphalite, de la démence précoce catatonique, d'une manière qui nous paraît très comparable aux idées soutenues par Baruk.

Dans le mécanisme du pithiatisme, Baruk paraît abandonner le rôle de la mythomanie. Il semble que les auteurs qui critiquent l'importance de la mythomanie dans la pathogénie du pithiatisme, oublient que le terme de mythomanie signifie « trouble *morbide* de l'imagination ». Que signifie le néologisme de « schizose », si n'intervient pas la notion de déviation morbide de l'imagination ?

Dans la production des accidents pithiatiques interviennent : 1) la déviation morbide de l'imagination ; 2) un terrain spécial. P. Janet, André Collin ont insisté sur l'infantilisme psychique de l'hystérique. J'y ajouterai la notion de l'infantilisme moteur, de l'arriération motrice qui peut se mesurer, comme une arriération mentale. J'ai traité il y a 8 jours cette question à Bruxelles même, dans un rapport sur les « troubles de la motricité chez l'enfant normal ou anormal ».

Trouble psychomoteur, avec ces deux éléments : création imaginative morbide, infantilisme moteur. Mais de quelle origine ? Baruk ne paraît pas avoir insisté suffisamment sur l'origine affective des troubles. A ce point de vue, la psychanalyse nous a apporté des renseignements importants : fixation affective à certaines personnes, à certaines situations actuelles ou anciennes, à certains souvenirs.

Mais fait capital : état affectif à fond d'égoïsme ou d'utilitarisme. Tous les pithiatiques cherchent à satisfaire un désir, plus ou moins conscient, à sortir à leur avantage d'une situation dont ils souffrent plus ou moins légitimement. La satisfaction obtenue, le trouble disparaît. Qu'on se rappelle les « camptocormiques » de guerre ; la guerre finie, les contractures étranges qu'ils présentaient ont disparu.

Le sujet, à la suite d'un choc émotif (hystérotraumatisme), d'une préoccupation affective (pithiatisme banal) a le désir égoïste et utilitaire d'attirer sur lui l'attention. Par le travail de son imagination morbide qui invente ou qui travaille sur des souvenirs, le sujet construit, plus ou moins consciemment, la représentation mentale du trouble qui permettra de

satisfaire son désir. Il le réalise en fonction de son infantilisme moteur.

En résumé, dans le mécanisme des accidents pithiatiques, nous décrirons trois phases :

1) désir affectif à tendance toujours utilitaire,
2) représentation imaginative,
3) réalisation motrice.

Au point de vue thérapeutique, Baruk a raison de condamner le torpillage, manœuvre brutale, dangereuse et inutile. Il propose un traitement anesthésique par la scopo-chloralose. Babinski avait déjà employé ce procédé : il traitait les contractures par l'anesthésie chloroformique dans un but de diagnostic et obtenait des résultats thérapeutiques. Mais dans le pithiatisme, l'isolement complet, absolu, tel que le concevait et le réalisait Déjerine, donne toujours des résultats constants. La psychanalyse peut être utile. Elle peut aussi être nuisible. Je pourrais citer des exemples où un traitement psychanalytique a fait durer des accidents pithiatiques que l'isolement a guéris rapidement.

Reste la question d'association des accidents pithiatiques avec les symptômes d'une maladie organique. Il n'est pas douteux que dans l'encéphalite, dans la démence précoce, dans la paralysie générale même, on observe un syndrome pithiatique qui disparaît totalement par la psychothérapie.

Il y aurait bien des exemples à donner et des commentaires à faire. En peu de mots, je dirai que le pithiatisme est un syndrome. Il peut être observé à l'état pur : c'est le pithiatisme de Babinski. Il peut être associé à des affections organiques et en faire partie intégrale.

Le pithiatisme est un trouble fonctionnel, disait Déjerine. Du trouble fonctionnel au trouble lésionnel il y a tous les intermédiaires, sans cloison étanche. Ce sont des manifestations morbides de degrés et d'aspects divers selon la gravité de la dégénérescence mentale et les atteintes infectieuses ou toxiques surajoutées.

Quant aux preuves données par les graphiques, je pense qu'il faut être prudent. Dans la *Revue de Biologie* de 1911, existe la reproduction des graphiques respiratoires d'une hystérique suivie pendant plusieurs mois par un distingué collègue. La malade, reçue chez Déjerine et isolée, guérit en 5 minutes exactement ; elle resta guérie, et je ne sais quelle conclusion il faut tirer des graphiques publiés.

Pr J. Froment (de Lyon). — Il faut savoir infiniment gré à M. Baruk d'avoir — par la probité, la netteté, la réelle et profonde impartialité de son rapport, et non moins de son exposé oral — si bien contribué à maintenir toute cette première partie de la discussion sur l'hystérie dans les limites que devait d'ailleurs imposer le parti-pris sincère de se bien écouter d'abord et, de part et d'autre, de se bien comprendre. Mais aussi, plus qu'ailleurs, l'atmosphère belge inspire la cordialité. Mieux qu'aucune autre, si besoin en eût été, elle se fut opposée à la reprise des controverses un peu trop passionnées que suscita jadis l'hystérie.

L'article « *l'Hystérie après Babinski* » paru dans le *Journal de Médecine de Lyon* du 5 juin 1935 — où nous avons passé en revue et mis en regard les conceptions de Radovici, de Baruk et de Ludo van Bogaert, d'une part, et, d'autre part, le point de vue de Babinski, qui « à la lettre » et en toute indépendance, demeure le nôtre — article rédigé après lecture attentive des rapports et qui déjà y répond — nous dispensera d'une longue discussion.

Nous nous proposons simplement de faire le point.

Nul n'a mis en cause la réalité du pithiatisme. Bien que d'Ecole différente — et ceci pour nous en accroît de beaucoup l'intérêt — Baruk s'est rallié sans réserve et sans ambiguïté à la définition clinique que Babinski a donné de l'hystérie.

Il en est, il est vrai, qui estiment que le pithiatisme n'est pas toute l'hystérie. Mais de ce résidu d'hystérie ancienne qu'à dessein, je crois, Babinski a laissé de côté en démembrant l'hystérie, nul n'a donné la moindre définition clinique. Où commence-t-elle ? Où finit-elle ? Que dit-on au juste et que ne dit-on pas quand on parle de cette hystérie qui n'est pas pithiatisme ? Ne se borne-t-on pas à affirmer que les faits ainsi dénommés n'ont pas encore fait preuve d'organicité ? Ne vaudrait-il pas mieux, comme on le fait en mathématiques, *désigner sans plus cet inconnu par un X ?* Ne continuons pas à faire, de l'hystérie, la corbeille à papiers, dont parlait Lasègue, où chacun jetait les observations qu'il ne savait où classer.

Ce qui frappait quand on voyait observer Babinski, c'était la sûreté avec laquelle il se repérait et s'orientait même devant inconnu. On ne pouvait pas dire que le diagnostic d'accident pithiatique, pour lui, ne reposait que sur l'absence des signes objectifs connus. N'est-ce pas en confrontant pithiatiques et

organiques qu'il avait lui-même créé cette sémiologie objective de toutes pièces ? Son véritable critère était autre. N'est-ce pas ce qui ressort de l'histoire de sa pensée, telle que nous l'avons esquissée dans l'article « *Babinski, après Charcot et après Duchenne, de Boulogne, devant le problème de l'hystérie* » (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1934) et mieux encore d'une consultation attentive de son *Œuvre scientifique*, tant aux chapitres ayant trait à l'hystérie qu'à l'organique ? Ceux qui ne se reportent pas constamment des uns aux autres ne comprendront jamais Babinski.

Le véritable critère négatif de Babinski était, non pas l'absence de tout signe objectif classé, mais bien de tout indice d'une perturbation physio-pathologique, si discrète fût-elle, pourvu qu'elle fût indubitable et que la volonté vraiment fût incapable de la reproduire. S'il y en avait, Babinski écartait complètement le diagnostic d'accident pithiatique ou du moins d'accident pithiatique pur. Ce que l'on tient pour hystérie non pithiatique n'a, pour Babinski et son Ecole, rien à faire avec l'hystérie ; c'est matière innominée.

Mais Babinski avait encore d'autres critères, ceux-ci, pourrait-on dire, positifs. Soumettant les malades à cette observation attentive et prolongée dont il a imprimé le pli et, pourrait-on dire, la manie à ses élèves ; il cherchait à se rendre compte si le trouble supposé pithiatique ne se donnait pas ici ou là des démentis et ne se comportait pas comme un trouble de façade dont l'intéressé faisait état devant témoin, mais dont il n'était pas véritablement le jouet.

A cette apparence volontaire et dans certains cas vraiment demi-simulée, Babinski et son Ecole reconnaissent avec certitude l'accident justiciable de contre-suggestion et guérissable, avec habileté, souvent en un tour de main, ce qui ne veut pas dire toujours avec facilité. Mais qu'on ne s'y trompe pas ; cette apparence demi-simulée qui éloignait Babinski et qui éloigne définitivement son Ecole de toute interprétation physio-pathologique de l'accident pithiatique, ne lui a jamais fait prononcer le mot de simulation. En trois ans de collaboration, nous ne l'avons jamais entendu l'affirmer, ni même à haute voix l'insinuer. Il avait vu le malade se déjuger ; il n'en disait rien, n'accusait pas le coup, mais en tirait profit. « A bon entendeur salut », comme on disait en vieux français. Jamais non plus, pour notre part, sauf une fois — où devant nous le malade fit fausse signature de contrôle qu'aussitôt sur injonc-

tion il rectifia — nous avons écrit : accident pithiatique ou simulé. Dans tous les autres cas, il ne fut question que de pithiatisme. Mais il faut le dire et le répéter, il n'y a aucun moyen, à l'heure actuelle, de distinguer à coup sûr simulation et pithiatisme.

Ce n'est donc pas simplement sur le caractère volontaire du phénomène pithiatique, mais bien sur tout le comportement du pithiatique attentivement observé avant et pendant l'attaque brusquée que se fondent Babinski et son Ecole.

Peut-on ne pas tenir compte, par exemple, du *signe de la panthère ?* Dans la manœuvre qu'autour de Babinski, ainsi nous dénommions, le neurologiste, après avoir habilement détourné la pensée du sujet observé du membre contracturé, saute à l'improviste telle une panthère sur le dit membre et constate alors qu'il garde l'attitude avec un minimum d'effort. Ainsi surpris, sans résistance aucune, il se laisse étendre alors que sur ses gardes, de toutes ses forces, il résistait. Au signe de la panthère, il faudrait joindre toutes ces constatations qui s'offrent à vous quand habilement on les recherche et qui témoignent de l'irréalité, sinon de l'insincérité, du trouble figuré.

Et c'est pour cela, à n'en pas douter, qu'une contre-suggestion habile qui met vraiment en demeure le sujet intéressé de renoncer à son rôle, à sa fiction, peut si vite aboutir quand elle est tenace et bien menée. Il s'agit moins de convaincre son malade que de lui faire faire, par surprise et oubli de son système, ce qu'il se déclarait incapable de faire. Sans doute, il y a des ratés, mais de ces faits on ne peut rien dire. Ils n'ont pas fait leurs preuves de pithiatisme. Ces observations — du point de vue de l'hystérie — sont purement et simplement à déchirer, comme le faisait mon regretté Maître E. Devic, anatomo-clinicien distingué, qui, si minutieusement qu'elles aient été prises par lui, déchirait impitoyablement les observations d'organiques qu'il n'avait pu vérifier.

Ces discussions ont montré que, comme par le passé, le mot d'hystérie n'a pas de l'un à l'autre le même sens. Il est dès lors impossible de s'entendre, puisque, utilisant les mêmes mots, on ne parle pas des mêmes choses. C'est ainsi que le Professeur Claude, dans son intéressant exposé, a laissé entendre qu'il englobait dans l'hystérie — se refusant à en reconnaître l'autonomie — les troubles physiopathiques qui traduisent une irritation et une perturbation du sympathique et que nettement avec Babinski nous avons éliminés de l'hystérie.

Mais si pour Babinski l'accident pithiatique ne traduit pas un désordre physio-pathologique réel, il ne s'en développe pas moins souvent sur terrain pathologique.

Dès 1892, alors qu'il avait été chef de clinique de Charcot en 1886, Babinski fit son premier travail sur les associations hystéro-organiques qui avant lui avaient été si souvent méconnues au profit de l'hystérie toujours seule incriminée. Or, sa définition de l'hystérie n'est que de 1901. Il revint sans cesse depuis lors sur ces associations hystéro-organiques et hystérophysiopathiques et, à de multiples endroits de ses travaux, insista sur leur fréquence.

Comme mon collègue, le Professeur Porot, ne connaissant de l'hystérie que le pithiatisme, j'en ferais plus volontiers un adjectif qu'un substantif. Je rayerais donc — comme plusieurs l'ont demandé — le terme d'hystérie et je parlerais simplement d'accident pithiatique. Ce diagnostic porté, je chercherais à savoir quel est le fond organique et mental du sujet considéré. Est-il sub-normal ? Est-il nettement pathologique ? Ce point est de première importance à fixer, avant même de déclancher l'*attaque brusquée.*

En aucun cas, il ne faut attribuer à la graine ce qui appartient, en fait, au terrain.

En résumé, l'œuvre de Babinski ressort de cette discussion plus vraie et plus solide que jamais. Mais il reste, et telle fut toujours la manière de voir de Babinski lui-même, beaucoup à chercher et beaucoup à trouver en marge de cette œuvre.

Dr Lœwenstein (de Paris). — Je félicite le Rapporteur d'avoir dégagé, avec tant de clarté, ce trait essentiel des symptômes hystériques : leur caractère volontaire, mais non conscient. Ce trait clinique des symptômes hystériques a déjà été souligné par M. Freud dans un travail inspiré par son maître Charcot et paru dans les « Archives de Neurologie » en 1893. Dans la suite de ses travaux, Freud démontra que cette « volonté subie par l'hystérique » et exprimée par ses symptômes était une volonté inconsciente du sujet, inacceptable pour leur personnalité consciente et refoulée. Quant à la réalité des faits psychologiques inconscients, elle ne peut plus être mise en doute depuis les travaux de Janet et Bernheim.

Je voudrais citer très brièvement un cas d'astasie-abasie traité et guéri par Freud et publié par lui dans les « Studien über Hysterie » qui met bien en évidence les particularités

cliniques et psychiques de l'hystérie. Une jeune fille est atteinte d'astasie-abasie au moment même où elle se trouve en présence du corps de sa sœur morte. Cliniquement, il s'agit là du mécanisme décrit par notre maître, le Professeur Claude, « d'isolement et fixation de la fonction » provoquée par l'émotion. Ainsi se présente ce symptôme hystérique « vu du dehors ». La psychanalyse en complète l'aspect clinique en permettant de le voir « du dedans ». En effet, l'émotion ressentie par cette jeune fille soignée par Freud n'était pas uniquement due à la mort de sa sœur, mais aussi à une pensée qui s'est présentée à elle et qui ne fut découverte que grâce au traitement psychanalytique, pensée réprimée violemment : devant sa sœur morte, elle s'était dit que son beau-frère était libre et qu'elle pourrait l'épouser. La malade fut guérie par Freud lorsque, précisément, elle put se rappeler, revivre cette pensée et l'émotion qu'elle avait suscitée. Comme vient de le dire très justement M. Porot, l'astasie-abasie de cette hystérique de Freud « exprimait » à son insu ce que mes amis Codet et Cenac ont très justement appelé « l'enclave idéo-affective ». Et, à notre avis, l'enclave idéo-affective tend à s'exprimer, à un but, a un caractère finaliste, mais elle est loin d'être toujours utilitaire. Dans un récent travail sur l'hystérie, notre ami Codet a décrit avec beaucoup de clarté cette « revendication affective » ou ce « besoin d'affection », comme nous l'avons dit, avec mon ami Parcheminey, qui peut souvent être prise pour de l'utilitarisme.

Pour terminer, je tiens à remercier encore M. Baruk de son rapport. Son étude clinique et expérimentale sera peut-être le pont jeté entre la neurologie, la psychiatrie et la psychanalyse dans le domaine de l'hystérie.

Réponse du rapporteur

Dr Henri Baruk (de Paris). — L'heure déjà avancée, et les nécessités impératives de la cérémonie qui nous attend et dont l'horaire est strictement fixé, m'obligent à condenser ma réponse aux diverses discussions qui viennent de suivre l'exposé de mon rapport. C'est pourquoi, pour plus de concision, je grouperai mes réponses sous les chefs suivants :

1° Un certain nombre de mes argumentateurs, notamment MM. Lévy-Valensi, Courbon, Porot, regrettent que je me sois

limité à un sujet relativement restreint. Je me permets de leur faire remarquer que le titre de mon rapport ne comporte que l'étude des troubles moteurs ou plus exactement psycho-moteurs. Je ne pouvais donc, sans sortir de mon sujet, aborder celle des troubles sensitifs, sensoriels, viscéraux, etc... Je dois d'ailleurs ajouter que c'est moi-même qui ai tenu à adopter ce titre circonscrit : je crois qu'on ne gagne rien à embrasser d'emblée un champ trop vaste et, il faut bien le reconnaître, encore très mal défini. C'est pourquoi j'ai préféré me limiter à l'exposé des troubles les plus caractéristiques et les moins contestables de l'hystérie, c'est-à-dire à celui des troubles de la motricité, et à essayer de pousser un peu plus en profondeur leur étude physiologique et psycho-physiologique.

2° La discussion vient de montrer, comme je l'avais prévu dans mon rapport, que le problème le plus discuté reste la définition de l'hystérie. Je crois que les opinions diverses émises à ce sujet tiennent uniquement à des points de vue de méthode.

Les uns *envisagent la question en clinicien,* c'est-à-dire se placent à un point de vue essentiellement pratique et cherchent à reconnaître au syndrome hystérique des caractères qui lui soient propres, qui permettent de le différencier des syndromes différents et qui aient une valeur pour le pronostic et la thérapeutique.

C'est le point de vue de Babinski qui, répétons-le encore une fois, s'est strictement limité à une *discrimination clinique* sans faire de pathogénie. On comprend fort bien que cette méthode vise plus à distinguer qu'à comparer, et cherche surtout à souligner les caractères différentiels.

Les autres envisagent la question sous l'angle de *mécanismes pathogéniques psychologiques ou physiologiques.* Dès que l'on se place à ce point de vue, on tend à prendre en considération des facteurs généraux qui fatalement sont plus ou moins communs à des syndromes différents. Par exemple, M. le Professeur Claude insiste sur les mécanismes « d'isolement psychologique » et sur les phénomènes de dissociation psychique. Ces phénomènes de dissociation sont communs, non seulement au pithiatisme, mais aux états les plus variés de la pathologie mentale (schizophrénie, etc.). C'est pourquoi, lorsqu'on adopte ce point de vue, on tend davantage à donner moins d'importance aux caractères distinctifs pour souligner les analogies et les lois générales communes à toutes les névroses et psychoses.

Ces deux points de vue sont également respectables, et à mon avis, il faut les conserver l'un et l'autre et les pratiquer successivement, mais en *marquant bien leurs domaines respectifs*. C'est pourquoi mon rapport a été partagé en plusieurs parties. La première partie correspond à la méthode clinique discriminatrice : il serait très grave de rejeter ce point de vue, car il a une très grande valeur pratique et permet de reconnaître les cas facilement curables et les cas présentant une toute autre résistance à la thérapeutique. Sur ce terrain, il faut défendre la méthode de M. Babinski, et à ce point de vue, je suis donc d'accord avec les élèves de M. Babinski, et notamment avec M. le Professeur Froment qui vient de souligner, mieux que je ne saurais le faire, les avantages de cette méthode.

Mais il ne faut pas demander à cette méthode clinique, si parfaite soit-elle, plus que ce qu'elle peut donner. Admirable sur le terrain pratique, elle reste muette sur le terrain pathogénique. Babinski lui-même est resté absolument réservé dans ce domaine. Rien n'autorise à tirer *à priori* de constatations cliniques purement discriminatives une conception pathogénique de l'hystérie. Croire que la guérison d'un syndrome par persuasion constitue une preuve de la nature totalement simulée de ce syndrome, c'est interpréter abusivement des faits cliniques et les transporter dans le domaine pathogénique.

Dans ce domaine pathogénique, les comparaisons entre les divers syndromes reprennent toute leur valeur, car elles mettent en évidence des mécanismes généraux troublés seulement à des degrés divers. C'est pourquoi j'ai insisté sur l'étude comparative physiologique et psychologique du pithiatisme et de la catatonie. M. Hartenberg semble croire que cette comparaison n'a pas d'intérêt. Je me permettrai de lui rappeler, ce qu'il semble ignorer, que précisément la catatonie réunit d'une façon frappante tous les caractères attribués pendant longtemps, et encore maintenant par beaucoup d'auteurs, à l'hystérie : rien ne ressemble plus à un simulateur qu'un catatonique. Précisément ce genre de malades donne tout à fait, pour des observateurs non exercés, l'impression du « truqué ». Ces malades qui se contractent au maximum lorsqu'on les observe, qui, à un moment donné, et souvent pour des *fins utilitaires* (ce qui les différencie de la kinésie paradoxale des parkinsoniens), se libèrent totalement de leurs troubles moteurs pour prendre un objet qui les intéresse, saisir des ali-

ments sur la table d'un voisin, etc., ne sont-ce pas là des apparences de simulation ? Kahlbaum n'a-t-il pas parlé « d'aspect de comédie » ? Et les crises nerveuses des catatoniques ne réalisent-elles pas avec leurs attitudes passionnelles ou extatiques, leurs contorsions, l'aspect traditionnel de la grande hystérie ? Les catatoniques sont extrêmement suggestibles et profondément influencés par des facteurs affectifs, émotifs, etc. Et cependant, nous savons pertinemment que malgré cette *apparence frappante de simulation,* il s'agit d'une maladie cérébrale grave que le malade subit, et qui, ce qui paraît encore plus paradoxal, *l'oblige malgré lui à réaliser des attitudes,* et *en quelque sorte à créer des symptômes d'apparence volontaire* et *cependant non réellement voulus !*

Ce fait est d'une portée considérable et jette une lueur sur le problème, à notre avis capital, des névroses et des psychoses, celui de la *volonté morbide.*

Il existe, au cours de certaines perturbations cérébrales toxiques, ou autres, des manifestations qui mettent en branle, d'une façon plus ou moins incoercible, et dans un sens dévié, illogique, incohérent, la *volonté du malade.* On pourrait dire, si cette association verbale ne semblait pas, au premier abord, paradoxale, qu'il s'agit d'une sorte *d'automatisme de la volonté.* En pareil cas, c'est bien le malade lui-même qui se contracte, c'est bien son psychisme qui intervient dans l'acte moteur, et c'est ce caractère qui différencie ces troubles psychomoteurs des troubles moteurs des lésions organiques localisées : dans ces dernières, le malade dira : « C'est mon bras qui marche tout seul », dans les premières il dira : « On m'oblige à faire marcher mon bras », et c'est cette notion qui s'exprime si souvent dans certains sentiments d'influence ou d'automatisme.

Je viens de dire toutefois que ces manifestations morbides sont « plus ou moins incoercibles ». Cette question de degré est capitale, car elle explique et les mécanismes communs, et les différences cliniques. Dans la catatonie, le phénomène est incoercible, d'où la sensation chez le malade que sa volonté est saisie par une force étrangère, ce qui constitue le fondement du sentiment d'influence, ou du délire. Chez le pithiatique, le phénomène n'est pas incoercible, il reste léger, la volonté n'est pas mise en branle d'une façon irrésistible, mais elle ne lutte pas, il existe une sorte de faiblesse, de résignation, de compromis, qui explique les apparences contradictoires de ces malades.

Les données que je viens d'indiquer ne reposent pas sur des conceptions en l'air, elles s'expriment *objectivement* dans les procédés d'exploration physiologique que nous avons appliqués à ces états : nos courbes montrent précisément dans la catatonie la suspension parfois totale de la mise en train volontaire, dans l'hystérie la paresse, l'irrégularité, l'inconsistance de celle-ci. Entre les deux, c'est une question de degrés : le mécanisme dans un cas marche, mais avec des « ratés », dans l'autre il est arrêté. Aussi suis-je particulièrement heureux d'apprendre que mes recherches sur ce point viennent concorder avec des explorations psychologiques et psychanalytiques, comme viennent de le montrer les interventions si intéressantes de M. Parcheminey et de mes amis Codet, Cénac, Loewenstein. Il y a là une convergence de méthodes différentes qu'il est agréable de souligner.

3° Une autre série de remarques qui m'ont été faites ont trait à la question de la « mentalité hystérique ». Certains argumentateurs semblent regretter que je sois resté trop discret sur ce point, et auraient désiré, semble-t-il, que je reprenne l'exposé détaillé du caractère des hystériques. Je ferai d'abord remarquer que cette question a donné lieu déjà à une littérature très abondante. Des travaux récents, notamment un travail de mon ami Codet, viennent encore de l'approfondir avec beaucoup de pénétration. Le but et le titre de mon rapport visaient, je le répète, à centrer la question autour des mécanismes psychomoteurs, en apportant sur ce point les résultats d'investigations combinées psycho-physiologiques.

Ces controverses autour de la mentalité hystérique reviennent encore par une voie détournée à celle de la délimitation clinique de l'hystérie. Pourquoi, jusqu'à plus ample informé, me suis-je surtout limité à l'étude des syndromes moteurs ? Parce que ce sont ceux qui m'ont paru avoir les critères les plus précis. Et sur ce point, comme l'a montré M. Froment, il faut garder sa valeur à l'épreuve thérapeutique, *épreuve de contrôle :* c'est en effet en présence des troubles de la motricité (contracture, paralysies, etc.) que les critères distinctifs du pithiatisme que j'ai exposés dans mon rapport m'ont paru bons : ils m'ont donné satisfaction en effet pour savoir si ces troubles étaient curables ou non. L'épreuve thérapeutique a couronné en général mes prévisions dans cet ordre d'idées. Cet ordre de troubles moteurs m'a donc paru bien net, bien délimité en pratique, et valable.

Par contre, en présence de troubles multiples divers, qualifiés à tort et à travers d'hystériques, l'épreuve thérapeutique ne m'ayant donné aucun résultat, je fais comme M. Froment, et je préfère classer ces faits dans d'autres manifestations névropathiques ou psychopathiques, ou même avouer mon ignorance devant certains d'entre eux, plutôt que de leur appliquer une épithète d'hystérique que je ne pourrais ni contrôler, ni justifier.

Mais là encore, il faut distinguer le point de vue des discriminations cliniques et le point de vue des mécanismes généraux communs psychologiques ou psycho-physiologiques. J'ai montré, à propos précisément des syndromes moteurs pithiatiques, les perturbations qui existent dans la mise en train ou le contrôle volontaire de cette sorte de faiblesse ou de fatigue de la volonté vis-à-vis de certains phénomènes d'automatismes psychomoteurs.

Je me suis limité, je le répète, à ces troubles moteurs pour éviter la dispersion en surface. Qu'à côté de ces troubles psycho-moteurs, il existe dans la pathologie mentale des cas marqués également par un mélange de faiblesse, de fatigue et de complaisance de la volonté, vis-à-vis cette fois, non plus d'automatismes psychomoteurs, mais de tendances plus ou moins subconscientes, et plus ou moins perverses, je le crois volontiers. Il en est ainsi de certains sujets à réactions affectives mal adaptées, plus ou moins menés par des complexes subconscients, d'infériorité, de jalousie, etc., complexes qu'ils sont incapables, non seulement de dominer, mais surtout de reconnaître. C'est le cas de l'agressivité, et de la brutalité de certains sujets porteurs de sentiments d'infériorité ou de tares psychologiques qu'ils se dissimulent, c'est le cas des réactions perverses parfois même de ces haines féroces qui sont l'expression de jalousie subconsciente, de certaines mythomanies, etc. Il y a là une *sorte de mentalité souterraine équivoque, dissimulatrice,* dont les conséquences personnelles et sociales sont parfois considérables, et que l'on peut même retrouver, à certaines périodes, dans certaines manifestations collectives en apparence incompréhensibles, et où s'expriment, camouflées et transposées, les plus bas aspects de la nature humaine.

Mais, doit-on désigner cet état mental particulier, dont je ne méconnais nullement l'importance, sous le nom de *mentalité hystérique ?* Pour qu'il en soit ainsi, il faudrait que cet état mental spécial se retrouve avec constance dans tous les cas de syndromes hystériques incontestables, comme ceux que j'ai

définis plus haut. On pourrait alors parler de « stigmates psychologiques de l'hystérie ». Mais cet état mental est loin d'être constant chez tous les pithiatiques, et, à ce point de vue, je rappelle les opinions d'auteurs tels que Briquet dans son célèbre *Traité de l'Hystérie,* Pitre, Bernheim, et même Babinski (comme je puis en faire foi encore par des conversations que j'ai eues avec lui) qui tous se sont élevés contre l'assimilation hystérie-perversité.

Si donc ces caractères sont inconstants chez les pithiatiques, c'est qu'ils *n'appartiennent pas en propre à l'hystérie* et que lorsqu'ils existent chez certains hystériques, il s'agit là surtout d'associations. Par contre, ces états de mentalité souterraine de « *déséquilibre pervers* » se rencontrent assez fréquemment en dehors de toute manifestation pithiatique. Il y a donc lieu de les décrire sous une rubrique spéciale, mais d'en finir avec une perpétuelle confusion qui consiste à désigner sous le même mot des syndromes différents, et qui risque d'accuser des innocents.

En terminant, je voudrais toutefois, en m'excusant d'allonger cet exposé, répondre à deux objections qui m'ont été faites, celles de M. Heuyer et de M. Flournoy.

M. Heuyer me reproche une série d'omissions. S'il veut bien relire mon rapport, il y trouvera les réponses demandées. A la page 93, à la fin de la note au bas de la page, j'ai cité la thèse à laquelle il fait allusion, de Bernardou, en soulignant précisément les différences qui séparent du tout au tout la notion de psychomotricité telle qu'elle a été exprimée par Dupré et ses élèves, et les syndromes psychomoteurs qui font l'objet de ce rapport.

La question de la thérapeutique par les anesthésiques volatils qu'il me reproche d'avoir oubliée est mentionnée très nettement à la page 123 ; j'insiste notamment sur le chloroforme et le chlorure d'éthyle. Le rôle de l'isolement est également souligné page 127, notamment dans l'hystérie infantile. Quant à retirer confiance à la méthode graphique parce que celle-ci peut donner des résultats différents suivant les moments de la maladie, je ne crois pas que cette critique doive être retenue contre des méthodes qui, bien entendu, doivent être appliquées avec une technique correcte, et en tenant compte des variations cliniques.

La question de M. Flournoy est extrêmement intéressante ; je le remercie de me l'avoir posée, car elle me donne l'occasion de préciser un des aspects les plus importants de la question

de l'hystérie. Je suis tout à fait d'accord avec M. Flournoy sur le grand intérêt de la notion de troubles dynamiques ; et c'est tellement vrai que dans un certain nombre de publications avec mon maître, M. le Professeur Claude, nous avons employé avec insistance ce terme, que souligne tout spécialement M. Claude dans son enseignement.

En ce qui concerne l'hystérie, le terme dynamique a été pris dans deux sens différents. Si M. Flournoy veut bien se reporter à la note de la page 80, et aux pages 118-119 et 120 de mon rapport, il verra que, suivant Charcot et son école, l'hystérie représentait des *troubles dynamiques localisés* aux mêmes centres que ceux qui peuvent donner lieu à des syndromes organiques : par exemple, un trouble dynamique des faisceaux médullaires pouvait donner lieu à un tableau clinique analogue à celui d'une paraplégie par compression, ou par sclérose de la moelle, etc.

C'est dans ce sens, qu'à cette époque l'on parlait de syndromes hystériques simulateurs des maladies organiques. Il faut relire à ce sujet la thèse de mon maître A. Souques, qui a fait le point de la question à cette époque. Plus tard, à la suite des travaux de Babinski, cette conception a dû être abandonnée, du jour où on a possédé des signes objectifs précis des lésions organiques pyramidales, etc. C'est pourquoi j'ai insisté sur le danger de revenir à une assimilation de l'hystérie et des syndromes fonctionnels *localisés*. Dans l'hystérie, le trouble porte sur des fonctions beaucoup plus élevées, les fonctions psycho-motrices volontaires.

Si, par contre, on admet le terme de perturbations dynamiques au sens plus général de modifications physiologiques du système nerveux, ce terme nous paraît tout à fait justifié.

Je tiens enfin à remercier tout spécialement, en dehors des interventions auxquelles je viens de répondre, M. le Professeur Laignel-Lavastine pour les aperçus si intéressants qu'il nous a ouverts sur l'histoire de la thérapeutique psychothérapique, et sur le rôle du sympathique qu'il a spécialement étudié à tous les points de vue, et qui doit retenir toute l'attention, à mon maître, M. le Professeur Claude, avec lequel j'ai poursuivi pendant mes années de clinicat beaucoup de ces recherches sur les troubles psychomoteurs, et que je dois remercier vivement, à MM. Boven, Barré, Rouquier, pour les remarques si intéressantes qu'ils ont faites lors de cette discussion.

DEUXIÈME RAPPORT

RAPPORT DE NEUROLOGIE

ET

DISCUSSION

L'HYSTÉRIE ET LES FONCTIONS DIENCÉPHALIQUES

(Etude Neurologique)

Chaque doctrine a voulu imposer à l'hystérie son cadre et ses critères. Les discussions les plus âpres ont tourné autour de sa définition. Mais, définir une maladie par ses symptômes, sans essayer d'en pénétrer la physiopathologie et l'étiologie, n'est-ce pas s'exposer à en voir reculer les limites, au gré de nos progrès sémiologiques ? Les objections faites à la définition clinique de Charcot, celles qui s'adressent aux conceptions plus récentes portent sur le même point, avec cette différence que le champ de l'hystérie a été déclaré inintéressant pour le neurologiste. L'hystérie ne serait qu'une réaction psychopathologique, un effet de la simulation ou de la supercherie et n'importe quelle tentative d'approche neurologique était ainsi condamnée dans son principe. Mais pourquoi ne plus observer ces malades, pourquoi ne pas revoir leurs symptômes à la lumière des acquisitions récentes ? Est-ce que l'origine « idéogène » de l'hystérie empêche ses manifestations de revêtir un aspect physiologique ? Nous ne le pensons pas et nous croyons, depuis longtemps, que la meilleure voie d'approche neurologique de l'hystérie est encore l'étude des syndromes organiques surgis très récemment sur ses confins. La pathologie diencéphalique offre avec la clinique de l'hystérie de précieuses correspondances, quoique la sémiologie de celle-ci dépasse le cadre sous-thalamique. L'interprétation de la réaction hystérique n'est possible que dans un ordre physiopathologique beaucoup plus général. Telles sont les grandes lignes de cet essai.

*
**

PREMIÈRE PARTIE

Parmi les affections du diencéphale, la plus favorable par le caractère de certains de ces symptômes, est l'encéphalite épidémique. Aussi, très tôt, trouvons-nous, sous la plume de différents auteurs, l'hypothèse d'une *association de l'encéphalite et de l'hystérie* (1). On enregistre, avec étonnement, les succès d'un traitement psychothérapique dans des troubles comme les hypercinésies choréiques (2), les tremblements, les crampes musculaires (3), l'abasie, les troubles respiratoires (4), avec quelques réserves sur la durée de ces améliorations dans les myoclonies (5), et certains mouvements d'apparence medullaire (2). L'intrication étroite des deux séries cliniques, une égale sensibilité aux influences thérapeutiques conduit Marinesco à se demander s'il s'agit bien, là, d'une association ou si la *crise d'apparence hystérique observée chez ses parkinsoniens n'est pas un phénomène réellement extra-pyramidal.*

L'attitude au cours de l'accès est en extension complète des membres inférieurs, du tronc et de la tête ; la tête est tournée légèrement vers la droite. Les membres supérieurs sont en demi-flexion. La rigidité est considérable. Les réflexes ostéo-tendineux et cutanés ne peuvent être mis en évidence (à cause de la rigidité extrême). La malade soulevée reste sur les pointes des pieds, elle est comme une barre rigide et tombe comme une masse si on la lâche (6).

Une crise semblable se retrouve au cours de l'hypnose chez une de nos parkinsoniennes.

Nous avions été conduit à rechercher chez cette jeune femme une crise oculogyre par cristallomancie (7), quand tout à coup, le sommeil la surprend... Nous gardons le contact verbal avec elle, mais malgré nous, le sommeil devient plus profond. Brusquement, la malade devient rigide, le corps se met lentement en hyperextension totale, les bras sont accolés au tronc et en demi-flexion et pronation, les grands orteils sont relevés en extension. La respiration est très superficielle, le masque est pincé, elle est pâle et couverte de

sueur. Impossible de reprendre le contact avec elle. Les réflexes tendineux ne peuvent pas être cherchés à cause de la contracture. Elle ne peut être réveillée. Cet état de rigidité a duré deux heures et n'a cédé qu'à une narcose chloroformique.

Ces accès s'amorcent brusquement, s'établissent en quelques secondes, sous un aspect tonique et ont les apparences d'un phénomène de libération.

Ces mêmes accès se retrouvent dans les faits rapportés par Herrmann (8), où la crise oculogyre aussi bien qu'une convergence prolongée peuvent provoquer, chez des encéphalitiques, l'apparition des crises d'hypertonie, parfois avec un rire sardonique. Le sommeil qui leur succède a tous les caractères du sommeil profond, sans rapport possible avec le sujet endormi. Pendant l'accès hypertonique, il note une aréflexie pupillaire et des attitudes de crucifixion plus ou moins passionnelles.

A côté de ces *accès opistotoniques* d'apparence hystérique, on peut observer d'autres types de mouvements libérés chez les mêmes malades : des fragments plus ou moins complets (7) et, même dans sa totalité, un syndrome de torsion autour de l'axe, avec cette particularité troublante que ceux-ci aussi sont déclanchés et peuvent être inhibés par des manœuvres psychothérapiques.

Dans un de nos cas observés avec Delbeke, la phase clonique aux extrémités se combine bientôt à un mouvement lent d'hyperextension du corps, mais qui ne va pas jusqu'à l'opistothonos. Le bras droit à demi fléchi se rapproche du corps, le coude se serre contre le thorax. La tête dévie lentement à gauche, avec soulèvement de l'épaule en dedans, comme dans les vrais cas de spasmes de torsion. Le reste du corps suit le mouvement : hanche, jambe droite en hyperflexion. Le corps se retourne, l'impulsion est suffisante pour amorcer le second mouvement de torsion, etc... La torsion axiale s'accompagne d'un déplacement du corps sur le sol : il roule.

Dans la phase de relâchement : la respiration est calme, peu profonde, très lente (8 par minute), le pouls est rapide et petit (110-120). La pression est normale, mais il y a une microsphygmie très nette. L'indice oscillométrique atteint à peine 2 cm. aux deux membres supérieurs. Les pupilles sont contractées, mais réagissent à la lumière. Les réflexes de posture ne peuvent être

obtenus. Pas de persistance des attitudes. Le réflexe cornéen est conservé. Le réflexe oculo-cardiaque est aboli. Analgésie totale pendant la crise.

La ressemblance de ces accès avec les paroxysmes d'apparence hystérique est évidente. Mais c'est surtout à propos des faits de déviation forcée paroxystique des globes oculaires connus aujourd'hui sous le nom de *crise oculogyre* que le problème névropathique a été soulevé.

La première observation française, celle de O. Crouzon, date de 1899, donc bien avant l'époque de l'encéphalite et avait immédiatement suscité une discussion (9).

Ces accès sont aujourd'hui bien connus, leur nature authentiquement organique n'est plus mise en doute, mais leur physiopathologie demeure inexpliquée. Dès le début de ses recherches, Marinesco et ses élèves (10), nous-même avec Delbeke (7), avions été intéressés par le rôle des influences psychogènes dans leur déclanchement ; par la possibilité de les arrêter par contre-suggestion et de les voir naître par une sorte de contagion mentale ; par le rôle des troubles végétatifs qui les précèdent, les accompagnent et, parfois, leur font suite. D'autres auteurs ont signalé, dans ces mêmes accès, des hypercinésies théâtrales rappelant l'hystérisme (11), (12), et insisté sur leur importance pour la doctrine même de l'hystérie (13), (14).

On peut observer, pendant les violents accès oculaires, une mydriase, avec rigidité tonique transitoire (15), (16), (17) ; au niveau de l'appareil vestibulaire, des phénomènes d'excitation et de blocage partiels (18), susceptibles de s'étendre aux systèmes supra-nucléaires, puisqu'on note, chez une de nos malades, des réflexes toniques (19). Nous y avons décrit des perturbations paroxystiques de la sensibilité cutanée, avec hallucinose algique et un état d'anosognosie paroxystique (20) ; des troubles psychiques très complexes et très particuliers. Chaque crise oculogyre s'accompagne d'un cortège végétatif comportant : la tachycardie, l'hypotension, les variations du rythme et de l'amplitude respiratoires, les polypnées pures, les respirations périodiques du type Cheyne-Stokes, la respiration ondulante, l'anurie, puis la polyurie post-paroxystique, l'hypersécrétion faciale, les sudations profuses, c'est-à-dire d'un faisceau de troubles plaidant en faveur d'une participation diencéphalique. Elles se développent enfin, de préférence, chez

des malades à constitution vagotonique parfois hyperthyroïdienne, et elle peut être déclanchée, dans de très rares cas, par l'hyperpnée (21).

Comment naissent-elles ? Nous avons tenté de les interpréter, sous l'angle des conceptions de Pawlow (17). Ces paroxysmes ne se présentent-ils pas comme des modalités d'une inhibition progressive surprise à différentes étapes ? La parenté de la crise oculogyre avec les états hypnotiques apparaît non seulement dans les modifications somatiques des deux états, mais par ce fait que le sommeil vrai ou l'hypnose (22), inhibition étendue, suspend la crise oculogyre, inhibition localisée. Tout se passe comme si les différentes manifestations psychomotrices représentaient des étapes successives d'une inhibition corticale, sous-corticale et mésencéphalique d'étendue et de durée variables, mais dont les facteurs d'excitation et d'arrêt nous échappent. La fatigue optique est susceptible de déclancher l'accès. Un éclairage violent et prolongé peut y mettre fin, en plongeant le malade dans un état d'hypnose. Le rôle des stimulations optiques dans l'excitabilité des centres bulbaires fut prouvé physiologiquement par Marinesco, Saeger et Kreindler dans un autre travail (23).

Certains facteurs externes interviennent dans la crise oculogyre au titre des déclancheurs de véritables réflexes conditionnels. L'analyse des facteurs internes qui les freinent ou les facilitent, indiquent que leur préparation se fait par la voie végétative ou humorale.

D'autres observateurs ont, pour *d'autres symptômes encéphalitiques,* vérifié cette sensibilité aux facteurs affectifs. Une sensation d'agrément peut diminuer l'hypertonie et l'akinésie (24), les impressions désagréables accentuent les troubles (25), données cliniques s'accordant bien avec le rôle prêté aux centres sous-corticaux et palé-encéphaliques dans la régulation de la vie mentale instinctive (Naville) (26). D'autre part, le cortège neuro-végétatif encéphalique s'observe en dehors des paroxysmes oculaires : dès les premières années, on a attiré l'attention sur les troubles vasomoteurs, les œdèmes des extrémités, les douleurs des types les plus variés (14, 25). Ces symptômes ont été étudiés systématiquement dans la monographie de Jacques de Massary (2), mais leur interprétation reste difficile. Sont-ils périphériques, sont-ils centraux ? L'évolution de la maladie d'Economo, dans la région diencéphalique, plaide en faveur de cette dernière hypothèse et Tinel va jusqu'à les considérer comme responsables des troubles d'apparence névro-

pathique de la maladie. Les symptômes psychiques naîtraient pour lui, non des perturbations de ces centres psycho-régulateurs de la base invoqués par Camus, mais par suite de troubles fonctionnels qui se déroulent au niveau des centres supérieurs vagosympathiques (28).

Avec ces données s'ébauchent les hypothèses au sujet d'une base nouvelle, anatomo-physiologique, du syndrome hystérique ; elles sont exposées, avec un grand sens critique, dans les premiers travaux de Wimmer (30). Cependant, c'est à Marinesco et à ses élèves que nous devons, dans ce domaine, les recherches les plus étendues. La forme extrême de la théorie du parallélisme hystéro-encéphalitique est représentée par les conceptions de Radovici sur les états hystéroïdes, bien connues en France où elles ont rencontré la plus vive opposition. On trouve dans la thèse d'Imbert (31), inspirée par Froment, un exposé fidèle des réactions que la théorie nouvelle a provoquées et une critique de ses fondements. Marinesco lui-même ne semble pas aller aussi loin dans la conception organiciste. Il n'empêche que les faits sur lesquels insiste Radovici sont d'un intérêt physio-pathologique indubitable.

Les séquelles encéphalitiques doivent leur apparence hystérique à quelques caractères particuliers que beaucoup de neurologistes considéraient encore, à l'époque où elles firent leur apparition, comme des signes d'un trouble névropathique pur. Ce sont : l'influence de la statique sur l'ampleur et la chronologie des hypercinésies, leur rythme rigoureux, leur variabilité dans la nycthémère, leur sensibilité à l'égard des facteurs physiologiques et psychologiques de la sexualité, règles, grossesse, puerpéralité, la possibilité d'être déclanchées, aggravées, ralenties ou inhibées par des influences psychiques. On comprend la surprise de certains, en les retrouvant dans une affection aussi authentiquement organique que l'encéphalite. Sans doute, pouvait-on admettre qu'il s'agissait d'associations morbides. Une certaine inquiétude persistait. D'aucuns crurent pouvoir justifier la notion de l'association hystéro-encéphalitique, en arguant du contexte psychologique, en soulignant l'allure théâtrale, démonstrative, de quelques malades, assez rares d'ailleurs, la prédominance du subjectif dans leur comportement, l'absence de systématisation des symptômes, l'interférence des réactions émotionnelles et même l'existence d'un intérêt non dissimulé pour certains de ces troubles. Babinski et ses élèves eurent immédiatement l'attention attirée sur ces aspects et armés de cette sémiologie exquise, qui est

vraiment le signe de leur discipline, ils eurent vite fait de mettre en valeur ce qui les séparait du pithiatisme authentique. Une question physiopathologique nouvelle se trouvait cependant posée, qui n'échappa à aucune école neurologique.

*
**

Le développement contemporain de nos connaissances en pathologie extra-pyramidale devait favoriser à nouveau ces rapprochements, mais ici les analogies étaient beaucoup moins immédiates.

L'idée est ancienne de rechercher, au niveau de la région thalamostriée, le centre du déséquilibre fonctionnel des hystériques ou des troubles de conscience qui les conditionnent. Elle est formellement exprimée pour la première fois par C. et O. Vogt (32). Les stimulations émotives influenceraient ce clavier hypothalamo-végétatif sans participation de la volonté (33, 34), ou dans des conditions spéciales d'insuffisance fonctionnelle de l'écorce (35, 36). La réaction hystérique naîtrait à la faveur de deux conditions : une adynamie du psychisme supérieur et une exaltation fonctionnelle des centres primitifs (37).

Les troubles psychogènes trouveraient dans les appareils cérébraux physiologiquement les plus anciens des mécanismes préparés ; au lieu d'exprimer la simulation ou quelque dramaturgie inconsciente, la réaction hystérique exprimerait tout simplement la libération d'un mécanisme moteur très primitif, libération psychogène, comme elle serait ailleurs organique (38). Les manifestations hystériques, ou plutôt psychogènes, ne sauraient pour Wimmer être considérées « comme accidents extra-physiologiques en dépit de leurs causes psychiques. Il considère l'hystérie comme le produit de la souffrance de la portion de l'encéphale destinée à recevoir les impressions affectives et les sensations » (25). C'est dans le même esprit, que les aborde Papastratigakis, qui les considère « comme des réflexes émotionnels stabilisés par suite d'une insuffisance d'influence de l'activité psychique supérieure » (39).

Toute participation volontaire dans leur génèse n'est cependant pas écartée : certaines attitudes bizarres, des dystonies ou de la choréoathétose ne sont pas absolument involontaires, elles peuvent être voulues par le patient qui les adopte pour se libérer d'un sentiment pénible de tension dans certains groupes musculaires. Elles sont plus un changement d'attitude qu'une libération vraie (40).

Certaines akinésies ne seraient-elles pas une réaction de surcompensation d'un patient péniblement conscient de son infériorité

kinétique ou découragé en face de l'effort à déployer (41) ? L'akinésie, une fois installée et l'appareil moteur mis hors de circuit, cette absence de reviviscence périodique n'aboutit-elle pas simplement à rouiller les dispositifs, le patient restant, sous l'effet de certaines sollicitations émotives, capable de gestes moteurs inhabituels (kinésie paradoxale) (42, 43) ?

L'idée d'une *rupture d'équilibre fonctionnel entre l'écorce et les centres sous-corticaux* est au fond de toutes les doctrines de cette période (44), avec quelques variantes : les uns faisant intervenir les troubles endocrino-végétatifs du diencéphale (45), les autres la constitution psychomotrice du sujet (46).

Cette synthèse s'avère aussitôt prématurée : de divers côtés, on objecte que si, dans cette série extra-pyramidale, les troubles psychiques et sous-corticaux évoluent parallèlement, ces manifestations ne ressemblent pas à l'hystérie ; qu'en dépit d'une expression motrice voisine, il n'y a pas d'analogie entre les réactions fondamentales de la schizophrénie, de l'hystérie et des syndromes extra-pyramidaux. Cependant, la comparaison des signes classiques de l'hystérie et des syndromes extra-pyramidaux est intéressante, dans le plan de leur *expression* cinétique : l'ampleur, la morphologie, le rythme, les itérations, les pseudospontanéité, les tendances à l'automatisme des mouvements de la névrose peuvent rappeler de bien près les troubles moteurs de la série extra-pyramidale (47). La rigidité décérébrée rappelle certaines crises toniques de l'hystérie (48) et certaines crises de catalepsie dont l'étude va se renouveler (49).

Les notions classiques sur les *tics* (Feindel et Meige) et les *torticolis spasmodiques* (Cruchet) dits mentaux s'enrichissent, à leur tour, de données nouvelles (Wilder et Silbermann). L'origine psychomotrice de ces troubles, qui ont vraiment un aspect volontaire, est remise en doute. Les critères tirés de l'anamnèse, de l'influence de la volonté sur le tic, de la coordination des mouvements qui les constituent, de leur rapidité, de leur localisation (exception faite du tic facial), du fait qu'ils gênent ou qu'ils ne gênent pas d'autres activités motrices, de leur apparition à l'occasion de mouvements actifs, perdent leur valeur spécifique. Aussi bien dans les tics d'apparence psychique, que dans ceux de l'encéphalite et des syndromes extra-pyramidaux, le freinage volontaire s'accompagne d'un

sentiment d'angoisse et de tension désagréables. Tous disparaissent au repos et pendant le sommeil ; tous sont inhibés par une attention extrême, mais peuvent alors être remplacés par d'autres hypercinésies. Ils peuvent, également, disparaître par suggestion, mais, dans les tics d'apparence mentale, la guérison est plus durable.

Au point de vue physiopathologique, tous semblent naître à la faveur de deux conditions : la présence d'un mécanisme préformé (probablement, mais pas certainement, sous-cortical) et la libération de celui-ci sous l'influence d'un trouble psychique (suggestion anormale) souvent peu évident ou d'une perturbation motrice organique. Ajoutons, aussitôt, que le tic hystérique est très rare.

Ce que nous venons de dire des tics s'applique aux torticolis spasmodiques dits mentaux. Parmi ceux-ci, à côté des dystonies d'attitudes, il existe un torticolis mental authentique dont la différenciation clinique est difficile quoique possible. Accompagné d'idées obsédantes (50), on doit penser à son origine psychique, mais, quand il est associé à une crampe d'écrivain, il est plus dangereux de se prononcer. Quant aux manifestations émotionnelles, qui l'accompagnent, on peut les observer dans d'authentiques syndromes extrapyramidaux (22). L'existence d'un refoulement émotif et érotique au début d'un torticolis spasmodique n'exclut pas l'évolution ultérieure vers une maladie striée (51).

D'un torticolis au spasme de torsion hystérique on peut observer tous les intermédiaires.

Nous avons présenté jadis un grand spasme de torsion où notre doute a subsisté pendant plus de cinq ans, seule, l'évolution a plaidé en faveur de l'hystérie (52).

Un cas analogue fut étudié, à la Société belge de Neurologie, par MM. Laruelle, Paul Verstraeten, Léon de Vos et Lansweert, où seule l'évolution favorable par rééducation psychothérapique permit d'éliminer une affection extra-pyramidale et une démence précoce infantile. Ce cas remarquable mérite d'être lu dans l'original (53).

Quand le mouvement involontaire a la forme d'un mouvement coordonné, la distinction entre le trouble hystérique et extra-pyramidal n'apparaît pas toujours dès l'abord, et cependant, à un examen clinique prolongé, il y a des différences. D'abord, l'ensemble des troubles dans l'hystérie a quelque

chose plus souple, de plus complet et de plus harmonieux. Les muscles considérés isolément ne présentent pas ces décharges brusques de certains faisceaux qu'on voit dans les tics extrapyramidaux, par exemple, ces mises en tension isolées comme dans la vraie dystonie du cou, ces mouvements de reptation lents unilatéraux qu'on observe dans la musculature vertébrale des vrais spasmes de torsion. Pas de contractures constantes de la main ou du pied, pas de modifications des réflexes posturaux, ni de l'extensibilité musculaire. La coexistence d'autres manifestations névropathiques, en particulier du vrai mutisme, d'un très grand tremblement, doivent nous alerter. Sans doute, ces analogies dans la forme, entre les mouvements pseudo-volontaires de l'hystérie, de la choréo-athétose et des mouvements volontaires d'apparence plus finaliste de l'hystérie méritent-elles d'être retenues, d'autant plus que Kinnier Wilson a retrouvé, dans les deux séries, l'abrogation de la loi de l'innervation réciproque et la présence d'une innervation tonique, en un mot des troubles intrinsèques du mouvement (54). Toutefois, si l'on considère dans leur ensemble les syndromes de l'appareil striopallidal, une confusion avec les troubles hystériques peut être évitée (55), (56), (57), (58): les différences sont certainement plus nombreuses que les analogies. Juxtaposés, l'attitude des malades striés est différente de celle des hystériques ; ici, pas de localisation de prédilection ; pas d'asthénie appréciable des petits muscles ; pas de maintien de la contracture ; pas de disparition des mouvements associés, des mouvements de coopération et d'expression mimique ; pas de rigidité des antagonistes et des agonistes ; ni de décontraction saccadée à l'allongement passif, ni de vrais réflexes de posture ou d'attitude.

***

L'existence des *troubles psychiques dans les lésions localisées de la région hypothalamopédonculaire* mérite d'être rappelée ici.

On a signalé des états d'instabilité affective, traduits, tantôt par un état alternant rappelant la psychose maniaco-dépressive des crises d'agitation psychomotrice isolées ou successives, pouvant aller jusqu'à la confusion mentale et à l'état maniaque des altérations du caractère (une irritabilité, une indifférence pathologique

avec ou sans religiosité), un ralentissement du rythme général de la vie psychique, enfin, des troubles de la mémoire de fixation. En somme, dans toutes ces éventualités, le trouble mental se traduit par des variations du tonus affectif ou vigil, par une entreprise plus ou moins profonde de l'attention. Le sujet y assiste passivement. Dans certains cas cependant, on peut le voir adopter, à l'égard de ces états psychosensoriels, une attitude active, le trouble de mémoire peut même amorcer un trouble dans la cohésion du moi individuel, le thème imaginaire devenir fabulation, puis délire : le patient, après avoir discuté la véracité de l'image, finit par croire à son authenticité. Nous avons, avec Lhermitte, vu et décrit les différents stades de cette évolution de la croyance, dans l'hallucinose pédonculaire, que leur caractère périodique, l'attitude affective qu'elles comportent chez le malade rapproche, à d'autres points de vue, des observations rappelées plus haut. Ces phénomènes présentent un intérêt au point de vue de la physiopathologie de l'hystérie.

Sans entrer ici dans l'étude des rapports de l'hallucinose pédonculaire avec la fonction du sommeil, nous voyons, dans celle-là, une libération de l'automatisme imaginatif, vis-à-vis de laquelle le malade se comporte comme à l'égard d'un fait extérieur, tout en ressentant, sans l'avouer et peut-être pas tout le temps, le sentiment du lien profond qui relie à sa personnalité le jeu hallucinatoire dont il est le spectateur. A côté des modifications du régime affectif, cette attitude très nuancée du moi, chez un individu vigil, est le caractère le plus important des troubles psychiques par lésion de la base cérébrale et rappelle de très près l'attitude de l'hystérique à l'égard de certains spectacles oniriques.



Nous venons de toucher ici au *problème de la régulation du sommeil.* Malgré les travaux récents qui y ont été consacrés (59), (60), (61), il mérite que nous nous y arrêtions encore en vue du sujet qui nous occupe.

Vous connaissez ces états de besoin irrésistible de sommeil, sommeil de courte durée d'ailleurs, accompagné d'un sentiment d'impuissance physique absolue, sans perte de conscience, et induits souvent par l'émotion. L'incapacité d'innervation volontaire, l'incapacité d'inhibition, la perte de tonus sont totales, mais on

peut observer de petits mouvements involontaires. Nous avons vu, dans un de nos cas d'encéphalite léthargique, cette cataplexie accompagnée d'un syndrome de torsion axiale, provoquée et inhibée par suggestion armée (puisque nous en avons débarrassé le malade), cependant, une fois l'état cataplectique amorcé, il était impossible d'arrêter le déroulement des mouvements qu'il déclanchait : seule, la mise en marche du phénomène était accessible à l'invigoration.

Il y a dans ces états plus qu'un sommeil pathologique : l'immobilité du masque n'est pas absolue, on peut observer des battements palpébraux très fins (62). Le cataplectique ne peut pas être réveillé par les injections normales du réveil ; il est impossible d'entrer par la parole en contact avec lui, malgré un degré de conscience variable et parfois excellent. Cet état diffère aussi du sommeil normal par l'absence de somnolence après la fin de l'accès et la conservation d'un sommeil de nuit tout à fait normal (63). Il existe enfin de rares observations où la cataplexie peut survenir en dehors de toute apparence de sommeil (64).

Pour Wilson, un seul mécanisme d'inhibition est à la base à la fois du sommeil et de la cataplexie, qui pourrait réaliser également un état de fixation de tout l'individu, une prise brusque de celui-ci dans l'attitude où il se trouvait, avec, généralement, conservation des attitudes segmentaires imposées. Une telle catalepsie a été décrite dans des états organiques (49).

Le grand intérêt des recherches neurologiques récentes sur les états de cataplexie et de catalepsie est de nous mettre en présence de phénomènes qui peuvent se présenter à l'état physiologique et pathologique. L'attaque narcoleptique abolit à la fois la tonicité et l'innervation. Les mouvements volontaires, quand ils existent, ont la valeur de symptômes de libération, comparables à ceux qui peuvent échapper dans l'akinésie. L'inhibition motrice peut s'accompagner d'une exaltation fonctionnelle d'autres centres et ainsi se constitue l'état cataleptique. *L'action inhibitrice de l'émotion s'exerce ainsi non seulement sur les centres inférieurs, mais sur tout l'appareil volontaire, avec une conservation variable de la vigilance,* et ces inhibitions émotives se rapprochent de la catalepsie spontanée ou hypnotique chez les animaux.

La catalepsie est bien décrite chez l'animal au cours des états de frayeur et s'apparente alors aux réflexes d'immobilisation par hypnose. *Cet acte défensif très répandu est d'un intérêt théori-*

que considérable, il peut s'accompagner d'analgésie, d'absence de réponse à toutes les stimulations du dehors, peut durer vingt-quatre heures et plus. Il entre en jeu, comme les réactions hystériques de l'homme, dans le conflit vital ou sexuel.

Quant à l'hypnose animale spontanée ou expérimentale, les zoologistes eux-mêmes ne sont pas d'accord sur sa signification. Est-ce un dispositif au service de l'intérêt sexuel (65) et ayant pour objet d'immobiliser la femelle ? Est-ce un mode de protection individuelle pour se dérober à la vue d'un adversaire ? Est-ce une modification secondaire, due au maintien prolongé d'une attitude inhabituelle et qui agirait par une irritation anormale des appareils toniques (65) ? On n'en connaît pas exactement la valeur. Un fait important a été acquis quand Mangold a démontré qu'on pouvait encore obtenir un état d'hypnose chez l'animal décérébré, à condition que la transection passe en avant du plan des noyaux rouges (64).

Nous avons rappelé plus haut les ressemblances de la catalepsie et de l'hypnose animales. Trömner a étudié leurs analogies et leurs différences (66) ; la grande différence entre les deux, c'est que l'une est strictement motrice, tandis que l'autre touche au psychisme, qui oscille de la torpeur à l'amnésie ; que l'existence de lésions organiques des hémisphères rend chez l'homme l'hypnose plus difficile, alors que la catalepsie reste possible, même après décérébration, chez l'animal.

D'ailleurs, au cours de l'hypnose chez l'homme, on peut se heurter, sans le vouloir (nous en avons donné un exemple plus haut), à des états de rigidité et de flaccidité musculaire généralisés avec mutisme dont l'aspect extérieur rappelle étrangement la catalepsie organique ou hystérique.

L'analogie entre celles-ci et les catalepsies hystériques est confirmée encore par ce fait que, dans les trois états, l'attitude est conservée avec un minimum de tension musculaire (67).

Les différents types peuvent se différencier les uns des autres par l'état tonique des muscles fixés : minimal dans l'hystérie, il atteint une rigidité extraordinaire dans la catatonie. Dans ces différents types de la catalepsie certains auteurs font, en outre, une part à l'akinésie par défaut d'impulsions motrices et estiment qu'une participation nigrique et cérébelleuse ne peut pas être exclue dans quelques cas. Nous savons encore que la région mésencéphalique est d'une importance capitale pour l'apparition d'inhibitions ou d'exaltations brusques du tonus postural, que la première est vraisemblablement due à des perturbations sus-

rubriques, la seconde, à des influences infra-rubriques. Cet appareil régulateur du tonus postural semble, par ailleurs, connecté avec l'un des centres de la régulation hypno-vigile.

L'état cataleptique de l'hypnose n'apparaît pas chez tous les sujets. Il est probable qu'ici, comme dans le parkinsonisme post-encéphalitique et l'hystérie, il faut, à côté du facteur d'inhibition, un sujet d'un type moteur déterminé où chez lequel cette expérience motrice se trouve liée à des états psychiques favorisant aussi son apparition (68).

L'hypnose, qui crée ces manifestations cataleptiques, inhibe par ailleurs les réflexes toniques, diminue les réflexes d'attitudes existant (69). Fait important à retenir, car, sans vouloir aborder ici sa physiologie, *l'hypnose semble donc intervenir directement sur l'appareil hypothalamique.* D'autres preuves pourraient être invoquées : l'encéphalite léthargique aiguë (2, 70), et le délire alcoolique (71), deux états caractérisés par l'insomnie et l'excitation psychomotrice, sont accessibles à l'hypnose expérimentale, qui réalise, dans les deux, un sommeil si profond, qu'en dépit de ses efforts, l'hypnotiseur perd tout contact avec l'hypnotisé, sommeil qui peut d'ailleurs se prolonger sans réveil en un sommeil naturel. Or, dans ces deux affections, le processus pathologique atteint surtout la substance périaqueductale et périventriculaire. N'est-ce donc pas cette lésion qui conditionne cette extraordinaire sensibilité aux suggestions hypnotiques ?

Certains phénomènes d'excitation motrice et les troubles neuro-végétatifs de l'hypnose peuvent également être considérés comme de véritables phénomènes de désinhibition des mécanismes primitifs du méso-diencéphale.

En vérité, l'effet immédiat (non suggestif) de l'état hypnotique sur l'appareil neuro-végétatif est mal connu. Il est même contesté par quelques-uns (73) qui estiment que ceux qu'on a observés sont le résultat d'états affectifs spontanés éprouvés par le sujet. Nous ne connaissons pas non plus la signification qu'il convient d'accorder aux variations de la glycémie, de l'adrénalinémie et du métabolisme qui ont été observés (74).

Les manifestations hystériques surgissent d'autant plus facilement que l'hypnose est profonde, confirmant ainsi les données des classiques pour qui l'hypnose et l'hystérie sont

des phénomènes étroitement apparentés (Bernheim, Pitres, etc...). En même temps que le sujet s'enfonce dans l'hypnose profonde, apparaît une mauvaise compréhension des ordres, un manque d'attention, une incertitude étrange des mouvements allant jusqu'à l'ataxie (67), la réaction hypertensive à l'injection d'adrénaline devient de plus en plus faible, comme c'est le cas dans le sommeil naturel profond. Elle peut même aller jusqu'au type de la réaction vagotonique (74).

On peut se demander quelles sont les relations entre le sommeil normal et le sommeil hypnotique. Dans les deux états, il est indispensable que le sujet ressente un besoin de dormir, besoin conscient, qu'il soit volontaire ou intuitif ; aucun des deux dormeurs ne dort complètement : son appareil de vigilance est alerté, mais avec une acuité différente aux différentes phases.

Au cours du sommeil spontané, on peut parler avec le moi qui veille : celui qui parle se trouve alors dans la situation de l'hypnotiseur à l'égard de l'hypnotisé. Le moi qui veille obéit et ne se souvient pas, il est même susceptible d'exécuter après le réveil des ordres reçus. C'est aussi *ce* niveau de vigilance qui est le plus *efficace,* dans le *décrochage* des accidents hystériques, au cours des hypnoses médicamenteuses, mais il est difficile d'y maintenir le sujet. L'hystérique nous a paru se défendre *plus* que le dormeur courant. Ce colloque avec le moi qui veille ne peut d'ailleurs pas se prolonger : au fur et à mesure que le rapport devient plus long, le moi qui dort a tendance à sortir de son endormissement et la fusion des deux tend à se produire. Derrière les deux moi, se tient l'individu entier qui les surveille (75).



Sur les confins de l'épilepsie on a décrit, ces trente dernières années, une série d'états pathologiques qui méritent d'être rappelés à leur tour.

Entre les narcolepsies et l'épilepsie on peut observer toutes les étapes intermédiaires. Dans la forme d'épilepsie que K. Wilson appelle inhibitrice (76), on voit même surgir une modification de l'état tonique que nous connaissons déjà pour l'avoir signalée ailleurs : de flasque qu'elle était, la musculature revient à la normale, en passant par un stade de rigidité ; le retour du tonus précède le retour de l'innervation : pendant le passage de l'état flasque à l'état normal, on peut retrouver une phase où l'innervation réciproque des antagonistes est troublée.

Pendant ces états d'immobilité, où le sujet est incapable de tout mouvement vraiment efficace, avec ou sans perte de conscience, il peut présenter de petits mouvements involontaires, comme dans les états cataleptiques. La catalepsie elle-même peut être observée dans le cadre du groupe épileptique. Baruk et Lagache ont montré dans certains cas les rapports des deux affections : l'épilepsie apparaissant comme une suppression fonctionnelle cérébrale brutale et brève, la catalepsie, comme une suspension fonctionnelle plus atténuée, précédant ou suivant les décharges comitiales (77).

D'autres états se présentent comme des inhibitions encore plus discrètes. Décrits comme pycnolepsie, comme crises lipothymiques ou syncopales (78), ils surviennent à l'occasion d'une fatigue, d'une émotion ou d'une cause réflexe quelconque. Plus ces inhibitions sont proches de l'épilepsie, plus elles sont brutales et rapides. Produites à l'occasion d'une cause toujours ou fréquemment identique, on a tendance à mettre en doute leur caractère organique et à les considérer comme hystériques ; or, ces formes d'épilepsie sont protéiformes : on en connaît qui sont déclanchées par un bruit (épilepsie acoustico-motrice d'Oppenheim), par un attouchement d'une partie toujours identique du corps (Wilson), par un éclairage violent.

C'est de cette classe que se rapprochent les épilepsie réactives, les épilepsies affectives des dégénérés, certains somnambulismes (Souques), quelques superstructures hystériques déclanchées par l'émotion (79). La fréquence de ces associations fut récemment remise en lumière (80, 81), et trouve sa confirmation dans les recherches faites par l'hyperventilation prolongée (82, 83, 84).

Dans la crise épileptique et non épileptique on observe des états d'automatisme, d'onirisme, des états émotifs ou pseudo-émotifs, des paroxysmes viscéraux dont la nature propre ne peut être précisée que par l'analyse de leur mode de début, du rôle provocateur des motifs extérieurs, de la capacité qu'on a de les interrompre ou non, de leur durée et de l'importance de leur accompagnement vaso-végétatif. Ceux qui s'apparentent à l'épilepsie sont à début brutal, spontané, à évolution inéluctable, ils sont brefs et s'accompagnent de l'orage vaso-végétatif bien connu, mais les formes dégradées (85) et certains types d'automatisme présentent les plus grandes difficultés de classement (86), (87).

Quelques crises épileptiques enfin sont intriquées avec des représentations psychiques. On a voulu voir dans cet accompagnement idéique, un témoignage de leur caractère psychonévrotique. Quelques crises névropathiques peuvent être jugu-

lées pour une intervention suggestive vigoureuse : le succès de cette invigoration ne permet aucune conclusion sur la nature voulue de ces accès. Nous avons décrit, avec Bouché, des accès de torsion axiale d'origine pallido-luysienne dont certains pouvaient être inhibés par la volonté. On ne peut que répéter comme H. Baruk qu' « il existe dans ces deux ordres de crises une *différence de degré dans l'intensité de l'atteinte du système nerveux* », la crise à caractère psychologique représentant le mode de réaction le plus atténué. De divers côtés, des formes de passage entre les crises hystériques et épileptiques ont été décrites sous le nom d'épilepsie striée extra-pyramidale (89). Sans mettre en doute les faits, nous croyons qu'il n'y a aucun avantage à multiplier ces appellations d'autant plus qu'elles préjugent d'une localisation causale non démontrée.

Au point de vue physiologique, cette diversité n'est pas pour nous surprendre : si tout groupe de neurones en état d'instabilité est capable de déclancher une telle décharge, sous l'effet d'une stimulation ou d'une libération adéquate, ces paroxysmes peuvent nécessairement revêtir toutes les modalités cliniques imaginables. Une de ces modalités et qui touche de près aux problèmes des désordres fonctionnels, est la *crise neuro-végétative.*

Il y a longtemps que Gowers avait décrit, sous le nom d' « *attaques vaso-vagales* », un ensemble de troubles de la thermo-régulation, de frissonnements, de nausées, de barre épigastrique, de tremblement, avec une sensation de syncope ou de mort imminente. Cette crise s'accompagne souvent d'anurie et peut se terminer par une débâcle polyurique. Cette symptomatologie se rapproche, à s'y méprendre, de ce que Loewy a décrit comme « *attaque végétative* » (90), et qui formerait le noyau autour duquel se développe plus tard la véritable crise hystérique : la constitution de ces malades faciliterait d'une manière particulière le développement de ces états et c'est précisément cette vasolabilité qui généraliserait la reviviscence des automatismes anciens, constituant l'accès hystérique typique. Ce sont vraisemblablement ces mêmes accès que J.-A. Barré décrit comme « *crises sympathiques* » (91), surgies à mi-chemin de l'épilepsie et de l'hystérie, et auxquelles, indépendamment de Loewy, il prête une importance pour la constitution ultérieure de l'accès hystérique.

Dans les cas de J.-A. Barré, l'accent est surtout porté sur l'hyporéflectivité sympathique constitutionnelle, dont les irritations ont tendance à se généraliser, à se faciliter, à déclancher des réflexes vasculaires, l'épine irritative ancienne est camouflée (ovaire,

appendice). Le sujet en arrive d'abord à une certaine intimité, puis à une complaisance, plus ou moins avouée, pour ces paroxysmes ; ainsi naîtraient des crises hystériques secondaires. Il est difficile de dire si ces accidents sont des syndromes de frontière ou des formes dégradées de l'une et de l'autre. Certains syndromes viscéraux ne sont peut-être que des troubles fonctionnels des plexus abdominaux, équivalents, à leur localisation près, aux accidents encéphaliques de l'épilepsie. Certaines acrocyanoses appartiendraient à ce groupe du fait de leur association à des pertes de connaissance répétées. A un groupe voisin appartiennent les paroxysmes angio-spastiques (92) de localisation diverse, dont la sémiologie se rapproche étroitement de celle des auras. *Ces manifestations fonctionnelles sont proches de l'épilepsie, mais ne peuvent, à notre avis, en dépit des analogies, être rangées dans la série hystérique.*

Ces paroxysmes neuro-végétatifs diffèrent de ceux dont nous aurons à parler ultérieurement à propos de l'hystérie, par la violence et la brutalité de leur début, de leur évolution, et souvent par le caractère irrésistible de leur déroulement. Mais ces qualités sont surtout nettes dans les types extrêmes et il n'est pas exceptionnel de ne pas pouvoir classer avant longtemps leurs types atténués.



L'analyse des lésions en foyer en dehors de l'étage hypothalamique a enrichi notre sémiologie de quelques faits qui, sans toucher directement au problème des états hystériques, montrent qu'il convient d'être sévère dans l'interprétation de certains symptômes d'apparence névropathique. La bonne conservation de la force musculaire ou son atteinte minime peut être disproportionnée à l'importance des troubles du mouvement volontaire et de certains automatismes (le mécanisme de la marche érigée par exemple) sans qu'on soit en droit de conclure à l'hystérie.

Dans l'évolution de lésions préfrontales, nous avons vu, avec P. Martin (43), se succéder toute une série de déficiences d'innervations, de plus en plus profondes, depuis la simple absence d'initiative jusqu'à l'impossibilité absolue de tout mouvement segmentaire volontaire, l'activité automatique impulsive étant remarquablement intacte.

Ces faits, que nous avons décrits après d'autres auteurs (94, 95),

sous le nom d' « apraxie de la marche et d'atonie statique », s'apparentent par ailleurs à des faits d'astasie-abasie au cours de lésions préfrontales localisées, où l'intégrité de la motricité segmentaire des membres inférieurs était absolue.

L'aphasique et les agnosiques présentent parfois des phénomènes paradoxaux analogues et dont l'étude clinique mériterait d'être reprise.

Nous avons observé, dans une lésion temporale, une aphasie du type mixte avec gros troubles de la parole pendant la veille, ou pendant ses rêves le patient était capable de longs discours et à deux reprises, pendant un sommeil léger nous avons pu obtenir de lui des réponses pertinentes et complètes. Ce patient avait été torpillé à plusieurs reprises, et la vérification anatomique nous confirma les raisons de cet insuccès.

Certains alexiques lisent, dans leur journal, des mots et des lambeaux de phrases qu'ils ne parviennent pas à lire au cours d'un examen médical, avec la meilleure bonne volonté (Stengel).

Les états d'agnosie évoquent, au premier abord, les types de réactions psychogènes. Nous ne dirons qu'un mot des états d'algohallucinose, d'anosognosie, des troubles du schéma corporel, auxquels nous avons consacré un mémoire récent (16) et de longues observations.

Certains faits méritent d'être rappelés qui intéressent plus directement nos recherches d'aujourd'hui : la perception des membres laisse en nous un résidu kinesthésique, étroitement soudé aux innervations motrices (si étroitement que, normalement, il en est indécollable), mobilisé primitivement de façon bilatérale, il constitue une donnée d'ensemble, non partagée en secteurs radiculonévritiques, se dissout par fragments ne répondant pas à la métamérie troncospinale.

Les mouvements en miroir dans certaines anesthésies hystériques, la segmentation très particulière des troubles sensitifs et des analgésies sont à rapprocher des faits que l'on observe dans la pathologie du modèle postural. L'amputation partielle de celui-ci joue un rôle dans certaines apraxies de construction.

L'abolition du schéma corporel d'une manière transitoire, au cours d'un état oculogyre encéphalitique, jette aussitôt le trouble dans le déroulement normal de l'activité spontanée, expressive ou transitive, de cette moitié du corps ; nous y reviendrons à propos

des paralysies flasques sensitivo-motrices de la névrose. Quand l'anosognosie est incomplète, la moitié oubliée peut reprendre sa place dans la conscience du sujet, mais elle s'y dresse comme une présence étrangère intruse, anormale, elle tend à en être refoulée. La moitié amputée perçue est désinsérée de la mélodie kinétique de la vie, elle la gêne plutôt qu'elle ne la facilite et le sujet cherche à s'en débarrasser comme il peut. *Cette lutte de l'anosognosique avec son demi-moi ne rappelle-t-elle pas étrangement la lutte de certains hystériques avec un de leurs symptômes ?* L'invigoration thérapeutique peut échouer, mais non par une résistance consciente du sujet : tout segment désafférenté tend spontanément à être exclu de l'innervation volontaire et tonique.

Le phénomène d'allo-esthésie ou de transfert sensitif est en relation étroite avec les perturbations du sens de l'attitude corporelle, au même titre que les apraxies de construction.

Les troubles sensitifs d'origine corticale et thalamique sont mieux connus, mais certains de leurs caractères sont à rappeler.

Les perceptions exactes de la localisation peuvent être déplacées suivant certains axes. Les douleurs du type central peuvent être atténuées et concentrées dans une autre zone par l'application à ce niveau d'irritations douloureuses. Dans la répartition radiculo-segmentaire de certains troubles sensitifs corticaux, les déficits peuvent se localiser à un ou plusieurs doigts (97), ou bien au niveau du tronc en bandes alternativement atteintes et saines (98), rappelant les territoires paresthésiques des épileptiques (99). Ils peuvent figurer un demi-croissant dont la pointe est tournée vers le thorax (100).

Dans l'ensemble, les troubles sensitifs corticaux s'écartent de la ligne médiane pour devenir plus intenses au niveau des parties les plus latérales du tronc. Exceptionnellement, ils peuvent déborder la ligne médiane par une ligne convexe (101).

Enfin, ils sont souvent plus étendus et plus intenses au niveau des parties ventrales du tronc, et parfois des extrémités (102), ils peuvent se continuer en pointe dans la direction des membres. De cette segmentation pré et post-axiale, il faut rapprocher la répartition en manchette, en gant, en jambière, qu'on peut observer dans les lésions cérébrales, aussi bien que dans les lésions spinales (Brissaud).

A côté de ces répartitions topographiques si singulières, nous avons appris à connaître au cours d'affections organiques des dissociations qualitatives qui défient toutes les explica-

tions. Hughlings Jackson et Kinnier Wilson ont insisté sur les bizarres sensations subjectives du chaud et du froid avec perte de discrimination de la qualité thermique exactement opposées (103), etc... Or, toutes ces dysesthésies ont été décrites dans des lésions organiques. *Le caractère paradoxal de la répartition ou de la dissociation des troubles sensitifs n'implique pas nécessairement leur origine hystérique.*



Dans un sentiment d'attachement émouvant — compréhensible pour tous ceux qui ont approché le clinicien et l'homme magnifique qu'était Babinski — beaucoup de neurologistes se sont détournés des discussions récentes sur l'hystérie, croyant y percevoir une attaque contre l'œuvre centrale d'un Maître vénéré (104), (105). S'il en était ainsi, il serait discourtois de roûvrir ces débats, aussitôt après sa mort. Il n'en est rien. On s'est mis à douter, d'une partie de la théorie, et celle à laquelle Babinski tenait le moins, depuis le jour où on a vu que des affections organiques étaient susceptibles de réaliser des tableaux cliniques différents, mais proches de ceux de l'hystérie. Ce doute est devenu rapidement le noyau d'une théorie nouvelle parce que, malgré l'intérêt clinique du pithiatisme, on n'avait pu se résoudre à accepter la pathogénie paradoxale qu'il impliquait. L'engouement fut d'autant plus marqué que la riposte fut vive et ainsi naquirent des conceptions extrêmes et au point que l'on reparla, revenant à Charcot et à Nissl, d'une anatomie pathologique de l'hystérie !

Dans cette première partie de mon rapport, j'ai essayé de mettre au point les arguments. La comparaison des états post-encéphalitiques et hystériques montre une analogie d'aspect et d'allure, elle décèle, chez les deux groupes de malades, une suggestibilité anormale et une labilité neuro-végétative souvent du même signe. On voit, dans les deux séries, une participation importante des facteurs affectifs, une tendance à l'itération, au rythme, à l'absence de systématisation morphologique et une analogie dans les paradoxes moteurs. L'étude des confins de l'épilepsie révèle toute une gamme des types d'inhibitions de degrés différents, avec ou sans perte de conscience, accessibles ou non à la volonté, avec ou sans libération d'automatismes moteurs. L'hypnose elle-même, qu'on a traitée de simulation du sommeil, découvre des états d'inhibition de la

catégorie précédente et se montre susceptible d'intervenir comme facteur régulateur dans des désordres authentiquement organiques. Certains états de dérèglement neuro-végétatif observés isolément, sont voisins de ceux qui procèdent, accompagnent ou suivent les attaques hystériques.

Est-ce à dire qu'on a affirmé l'identité de ces états et du pithiatisme ? *Cette assimilation n'a pas été exprimée,* mais de ces analogies est née l'idée que ces désordres organiques pouraient livrer, fragment par fragment, la clef de certaines manifestations hystériques. Le malaise des observateurs en face d'une maladie qui n'avait comme sémiologie que celle que nous lui inculquons ou qu'elle copie, allait-il se dissiper ? C'est avec soulagement que fut enregistrée la phrase souvent rappelée d'Henry Meige, à Luxembourg !

Or, toutes les manifestations que nous venons d'évoquer diffèrent profondément des manifestations hystériques : elles ne sont pas guéries en une fois et immédiatement. D'autre part, les manifestations hystériques ne s'accompagnent pas de toute cette sémiologie striée si troublante dans ses paradoxes mais si nuancée et si caractéristique, ni des signes organiques ou biologiques aujourd'hui connus par la neurologie des lésions constituées. L'œuvre *clinique* de Babinski sort fortifiée des confrontations avec cette pathologie récente, mais c'est en diminuer la portée que d'interdire à la neurologie de chercher à comprendre la *physiologie pathologique* des troubles hystériques. Le grand mérite de Babinski a été d'édifier une sémiologie qui reste un des plus beaux monuments de la clinique française, d'avoir isolé dans le champ chaotique de l'hystérie, qu'il avait vu s'agrandir, un groupe de troubles neurologiques réductibles immédiatement par la suggestion : cette œuvre du clinicien et du médecin est inattaquable. Se méfiant de cette névrose, dont il connaissait les artifices, il s'est défendu d'envisager le mécanisme cérébral qui en ordonnait les symptômes et pour qu'aucune confusion ne fut désormais possible, il a réduit ceux-ci à n'être plus que productions artificielles du patient ou de son examinateur. Dans tous les débats récents, on voit que *c'est sur ce point que la théorie du pithiatisme heurte le neurologiste.* Dans la seconde partie de mon rapport, j'examinerai si réellement le symptôme hystérique est dénué de toute attache physiologique.

DEUXIEME PARTIE

Une telle étude doit porter sur des malades sélectionnés et les observations utilisables sont rares. Nous avons écarté les cas, ayant présenté pendant le temps d'observation des accidents organiques ou psychiques, permettant de les classer dans un groupe morbide connu, ou irréductibles par suggestion ; tous les cas d'expertise médico-légale, tous ceux dont les troubles étaient survenus à la suite d'un traumatisme physique. Nous réservons quatre cas, suivis depuis six à deux ans, qui sont cliniquement des pithiatiques, mais qui ont résisté à toutes nos tentatives de traitement. Il nous reste ainsi onze cas répartis sur dix ans où le diagnostic neurologique d'hystérie est le seul possible jusqu'à ce jour. Nous avons renoncé à étudier les symptômes provoqués dans l'hypnose ou par quelqu'autre suggestion, l'état mental de ce genre de patients ne permettant pas de juger du caractère de simulation, de complaisance ou de réalité des phénomènes provoqués.

I. De la constitution des hystériques. — Nous serons forcément brefs : la littérature est sur ce point tellement abondante qu'il faut renoncer à la rappeler.

Leur aptitude au rire (Briquet) et aux larmes, leur labilité d'humeur est encadrée d'un cortège de symptômes physiques qui ne sont que l'exagération des réactions normales de l'organisme humain sous l'influence d'émotions fortes (106). Ils présentent avant tout des *déséquilibrés vagosympathiques.* Le second groupe de signes, chez eux d'une fréquence inusitée, sont les *troubles vasomoteurs.*

Au point de vue endocrinien, on doit signaler des signes de basedowisme fruste, et des perturbations de la sphère génitale. Cette *stigmatisation neuro-végétative* des hystériques, aujourd'hui unanimement admise, avait été admirablement analysée par Charcot qui y insiste dans chacune de ses présentations de malades et se retrouve dans tous les cas que nous avons suivis personnellement, sur nos onze malades, sept étaient des amphotoniques à prédominance vagotonique, trois d'entre eux présentaient des symptômes de sympathicotomie. Un seul, une vagotonie vraie.

Mais nous avons, comme Bénech (107), été frappé de la grande

variabilité des réponses du réflexe oculo-cardiaque chez ces malades. Dans ses minutieuses recherches, Radovici (108) aboutit aussi à cette conclusion que, dans 84 % des cas avec dérèglement, il y avait une excitabilité vagale anormale avec alcalose chez presque tous les malades. Au point de vue endocrinien, nous avons vu de petits symptômes sympathicotoniques chez cinq de nos malades, mais leur métabolisme était normal.

Cinq femmes présentaient des troubles ovario-thyroïdiens, trois hommes ne présentent pas de troubles endocriniens caractérisés. Les autres recherches biologiques effectuées sont inutilisables, elles ne diffèrent pas sensiblement des résultats observés chez les témoins.

La constitution endocrino-végétative des hystériques n'est pas d'un type constant, et ne peut donc pas servir à la définition du syndrome.

II. La préparation de l'accident hystérique constitue une véritable période clinique sur laquelle, à notre avis, l'attention n'a pas été attirée suffisamment. L'accident hystérique n'éclate pas comme un orage dans un ciel serein : il est précédé d'une période de préparation inconsciente où les troubles endocrino-végétatifs subissent un remaniement profond en même temps que, le plus souvent, l'état général du sujet se trouve entrepris.

On voit ces malades devenir plus pâles, s'amaigrir, ils ne dorment plus, ils sont fatigués, se plaignent de fourmillements dans les membres, de céphalées tenaces dans la région occipitale et dans la nuque, de vertiges, de battements de vasculaires, pénibles dans les oreilles, la tête, les membres. Ils sont, tantôt en nage, tantôt ils signalent une sècheresse et chaleur anormales de la peau. Les douleurs dans les muscles trapèzes, dans les épaules, coexistent avec des troubles de l'accommodation et des bruits subjectifs dans les oreilles qui peuvent évoquer l'idée d'un syndrome sympathique postérieur de Barré-Liéou.

Il n'est pas rare d'assister chez l'homme à une diminution de sa puissance ou à un désintérêt génital. La femme voit ses périodes diminuer ou se présenter avec retard. C'est la période où l'hystérique fréquente le service de médecine générale. Cependant, certains désordres viscéraux, surtout spasmodiques ou biliaires, peuvent en imposer pour des affections plus graves et quelques hystériques nous reviennent des services de chirurgie.

Cette période de préparation n'est pas particulière à l'hys-

térie, elle se voit aussi bien dans l'épilepsie. Dans cette période d'incubation, il suffira d'une émotion, d'une fatigue anormale ou d'une maladie, d'un incident puerpéral ou menstruel pour que l'accident hystérique surgisse, constitué d'emblée. Il peut cependant y avoir une période intervallaire variable entre la circonstance facilitante et l'accident hystérique. Dans les jours qui suivent l'installation du trouble hystérique, l'état général s'améliore, tout comme cela se voit chez l'épileptique qui vient de développer un accès. L'hystérique paraît désintoxiqué.

La connaissance de cette période de préparation, ou phase préclinique, n'est possible que si on suit ces malades d'assez près. Nous n'avons pas eu la chance de voir, comme d'autres observateurs, nos patients débarrassés en une fois et pour toujours de leurs accidents. La guérison a été la règle, sinon le cas n'a pas été considéré comme hystérique ; cependant, nous sommes convaincus que les hystériques récidivent, mais ce n'est pas toujours le premier guérisseur qui les revoit. Nous n'avons pas souvent revu des malades torpillés. Par contre, les traitements d'apparence plus médicale, que d'ailleurs Charcot utilisait déjà (inhalations de nitrate d'amyle, chloroforme, éthérisation...) nous ont permis de conserver le contact avec la plupart des malades guéris. Nous nous proposons d'essayer à l'avenir, sur une plus grande échelle, la scopochloralose de Baruk, encore plus maniable et, semble-t-il, plus efficace (109).

III. Les accidents hystériques sont rares et mal connus des praticiens, au moins dans notre pays. Ils sont mieux connus des neurologistes et il est, dans le cadre de ce rapport, superflu de les décrire. Si l'on en croit les classiques, le polymorphisme de ces accidents serait tel que la grande simulatrice pourrait reproduire n'importe quelle affection (Sydenham). Cette affirmation contre laquelle se sont élevés déjà Henri Meige, Klippel, etc., est indéfendable, surtout aujourd'hui que le domaine de l'hystérie spontanée s'est rétréci.

A) Les troubles neuro-végétatifs

La question des troubles thermiques dans la névrose émotive s'apparente à celle des fièvres d'origine vasomotrice et endocrinienne où tout n'est qu'hypothèse. Chez les anciens

auteurs, les observations de fièvre hystérique sont nombreuses ; dans la littérature récente : les faits authentiques sont rarissimes.

L'hyperthermie est, dans l'observation d'Obayashi (110), vraiment extraordinaire (45° pendant sept jours), mais nous manquons d'indications sur la manière dont elle fut enregistrée (Tixier). Après Karplus (111), nous avons enregistré la température intrarectale chez deux hystériques en état de crise, avec les précautions nécessaires, et nous avons constaté, comme lui, que les variations ne dépassent pas six à huit dixièmes de degré. Quand elle existe, l'hyperthermie doit être due à une cause infectieuse coexistante : il en est ainsi dans quelques « hystéries » post-puerpérales.

Les *troubles de la régulation de l'eau, du sucre et du chlore* ont été très peu étudiés au cours des accidents hystériques ; nous avons fait des recherches dans ce sens, dans quatre observations, sans conclusions formelles. Les *troubles sphinctériens* sont exceptionnels (112). On signale quelques cas de rétention vésicale. Le spasme ano-rectal est connu, mais nous n'avons pas observé d'incontinence d'urines.

Une observation fort étrange d'anurie a été publiée par Ricci (113), avec cathétérisme vésical blanc. L'anurie aurait persisté neuf jours, au bout desquels la diurèse se serait rétablie très lentement, avec une densité urinaire anormalement élevée. Ce n'est qu'au vingt-quatrième jour qu'elle aurait repris sa valeur normale.

La *sudation* est fréquemment signalée. Elle est souvent associée à des troubles spasmodiques de localisations diverses que l'on peut considérer comme formes viscérales de la crise névropathique.

A ces formes spasmodiques viscérales appartiennent les syndromes de l'œsophage, du cardia, du pylore observés dans l'hystérie et aboutissant souvent à des anorexies dites mentales, d'une résistance thérapeutique si élevée qu'elles sont parfois fatales. Nous avons suivi un cas d'anorexie hystérique apparemment essentielle, la mort a été due à l'inanition. Toute thérapetique est demeurée inefficace. Le diagnostic de ces cas très graves d'anorexie mentale peut être fort difficile. Sommes-nous en présence de troubles des instincts élémentaires de la conservation ou de véritables

troubles organiques de la région infundibulo-hypophysaire ? L'étude de ces derniers nous semble fort délicate aujourd'hui : le diagnostic différentiel entre la cachexie maigre de Symmonds et des anorexies hystériques fatales est très difficile, sinon impossible à poser.

Les *spasmes de l'appareil respiratoire* sont tout aussi fréquents et accompagnés d'une instabilité cardiovasculaire banale. Ils s'accompagnent souvent de perturbations du rythme respiratoire.

Les troubles du rythme respiratoire ont intéressé Janet et Regnard et la lecture de leurs observations si minutieuses est très suggestive, car il est évident que les troubles, si bien étudiés aujourd'hui dans le syndrome respiratoire de l'encéphalite, se retrouvent chez leurs patients (respiration superficielle, rappelant celle des fractures costales, suspirieuse, polypnée pure, polypnée avec respiration antagoniste). Certains tracés rappellent la respiration ondulante des pseudobulbaires, et, fait non moins frappant, la respiration antagoniste qui existait chez les hystériques de Janet, disparaissait, comme chez les encéphalitiques, dans le sommeil profond, où la respiration redevenait concordante (114).

Les *troubles vaso-moteurs cutanés et les œdèmes hystériques* sont rejetés aujourd'hui par la plupart des neurologistes du cadre de l'hystérie (115), les observations publiées sont considérées comme le résultat de supercheries conscientes. Les cas de guerre étaient évidemment, de ce point de vue, un mauvais matériel d'observation (116) (117).

On trouve cependant, ça et là, une observation moderne bien étudiée et qui mérite l'attention. Le fait qu'on peut voir survenir, en dehors de toute supercherie, un œdème dur, élastique, indépressible, comme nous l'avons vu dans un cas personnel d'encéphalite léthargique, nous impose une réserve, d'autant plus qu'en dehors de toute thérapeutique suggestive, l'œdème a régressé avec une amélioration considérable de l'état général, sous l'influence d'un traitement iodé. Nous avons vu aussi un œdème blanc du dos de la main, ayant succédé à des fourmillements pendant plusieurs jours, introduisant une vraie paralysie hystérique de la main droite, chez une malade certainement non initiée. Les troubles vaso-moteurs et œdème avaient coïncidé avec un violent choc affectif, ils s'atténuèrent avec l'installation de la paralysie.

Horsch (117) a décrit chez une hystérique typique un œdème rouge-bleu du dos de la main, avec épidermolyse bulleuse, sudation profuse et hyperesthésie rappelant les œdèmes de Quincke. Cette malade avait déjà présenté antérieurement un œdème analogue circonscrit à la jambe gauche, à la suite d'un état de violente excitation psychique. L'œdème a guéri avec un traitement strictement psychothérapique. Ce cas est fort bien étudié et peut être rapproché d'autres observations également utilisables (Cassirer, Banke).

Le rapprochement proposé entre ces œdèmes et l'œdème angioneurotique de Quincke mérite d'être souligné.

Les troubles vasomoteurs sont à reprendre également : ils sont foison dans la période classique et ont été niés depuis. Cependant, en voici quelques échantillons récents et dus à de bons observateurs .

Un enfant est mordu à la main droite par un autre enfant ; le lendemain et les jours suivants, il fait au bras opposé, au même endroit, puis en différents points du corps, une marque hyperémique apparaissant en quelques instants, persistant quelques minutes et réductible par psychothérapie (118). Chez une malade, dont la sœur a une maladie de Raynaud, on observe qu'après une brûlure banale, un œdème bleu très douloureux s'installe persistant depuis trois mois, réduit en quelques jours par psychothérapie (119).

Chez un ancien traumatisé du crâne, on observe des attaques d'opistothonos avec œdème consécutif et transitoire du bras gauche et, au niveau de ce membre, une hypotension telle que la pression ne peut plus être enregistrée (120). Des mensurations très précises ont été faites chez des hémiplégiques guéries ultérieurement et instantanément par suggestion (121). Le membre atteint était froid, cyanosé, l'hypotension allait jusqu'à 3°, la tension artérielle maxima était plus basse, la minima plus élevée, l'indice oscillographique plus petit. Tous ces phénomènes s'égalisaient dès le lendemain de la guérison. La microsphygmie du côté atteint était très belle sur les tracés de Marinesco.

L'*absence de saignement* de la peau au niveau du segment atteint de troubles sensitifs hystériques est presque du domaine public. Elle a été vérifiée par Wilson (122) dans un cas de paraplégie hystérique chez une malade qu'il a guérie aussitôt, et par nous-mêmes dans des conditions analogues au cours d'une hémiplégie pithiatique. Cette patiente présentait

également, du côté atteint, le syndrome vasomoteur rappelé plus haut par les auteurs roumains.

Fait plus intéressant, Kinnier Wilson a vu, dans un syndrome de l'artère cérébelleuse inférieure, les mêmes phénomènes au niveau d'une hémiface, paresthésiée, mais ne présentant pas de différences de température. Avec la disparition spontanée des paresthésies, la capacité de saignement a reparu (123).

Quant aux *ecchymoses spontanées* apparues brusquement et sans raison apparente, elles sont un symptôme cardinal de l'ancienne hystérie où elles siègent presque toujours aux mêmes niveaux (cheville et cou-de-pied). Elles ont été tenues depuis la révision pour des artefacts. On se demande, *à priori,* pourquoi ; puisqu'on admet, à la suite des recherches sur les localisations neurales du purpura, que le système nerveux peut exercer une certaine influence sur la topagraphie des épanchements purpuriques.

Lange en a vu se produire sans cause traumatique au cours d'un accès hystérique (125). Des ecchymoses localisées peuvent se produire parfois par suggestion au cours de l'hypnose profonde, toutes les précautions étant prises pour éviter une supercherie. D'autre part, les cas bien observés de Schindler (126) montrent que, chez certaines femmes névropathes, on peut observer, pendant des années, des hémorragies sous-cutanées et cutanées de forme et de grandeur variable, sans perturbations hématologiques associées et dont l'origine névropathique est démontrée par ce fait que le malade en est débarrassé par suggestion, qu'on peut les reproduire, à volonté, au cours de l'hypnose.

D'autres observations existent dans la littérature du même type et l'une est fort intéressante (obs. 37 de Schindler), parce que les hémorragies se sont produites, par contagion, après une étude approfondie de la vie de Katherine V. Emmerich, une des stigmatisées les plus connues de son époque. Elle fut guérie également par hypnose. C'est à leur lumière que le problème de Thérèse Neumann demeure d'actualité (127).

Il n'y a pas de raison de contester la possibilité de ces troubles hémorragiques, ni de leur réserver une place à part dans le cadre de l'hystérie ; tout au plus, peut-on se demander si, à côté du terrain névropathique, il ne faut pas admettre une

prédisposition vasomotrice individuelle, notion, elle aussi, ancienne (Gilles de la Tourette). La question des *hémorragies viscérales*, est encore plus mal étudiée en clinique, et on ne trouve pas dans la littérature récente d'exemples démonstratifs. Peut-être les travaux actuels sur l'hypothalamus et les hémorragies du segment gastro-duodénal consécutives à son excitation, nous apporteront-ils ici des rapprochements intéressants. Les *gangrènes hystériques* ont été également contestées et considérées comme des mutilations. On sait aujourd'hui que les gangrènes d'origine vasculaire ont une physiopathologie végétative fort spéciale : peut-être est-ce dans ce sens que s'orienteront les recherches futures à leur sujet.

C'est dans ce sens que sont interprétées déjà certaines observations récentes (128) (Bolten) et celles concernant des dermatoses dites psychogènes. Leur possibilité théorique est difficilement contestable : l'érythème pudique est précisément un des signes de la constitution sympathicotonique. Elles n'ont aucune particularité clinique et leur genèse est vraisemblablement complexe, une partie d'entre elles pouvant naître par réaction psychovégétative directe, une autre par intervention d'un trouble métabolique ou hormonal (histaminique par exemple). Des placards d'hyperémie, les éruptions papulovésiculeuses, fût-ce nécrotiques, pourraient naître par un mécanisme semblable (Bettmann) (129), mais leur démonstration ne peut être faite que par l'épreuve de la guérison ou de leur apparition par suggestion. Peu de documents sont, à ce point de vue, à l'abri de critiques.

B) Les troubles oculaires et pupillaires

Les troubles des mouvements oculaires se caractérisent par leur variabilité et leur allure paradoxale, par leur apparence volontaire et d'inattention, sauf pour les accidents persistants du strabisme convergent.

Ce spasme de convergence intéresse surtout les droits internes et s'accompagne de ptosis palpébral facile à séparer des ptosis paralytiques par l'épreuve de l'élévation du regard. Exagération d'un phénomène normal, il est dû probablement à un trouble fonctionnel sur le trajet du faisceau longitudinal postérieur (Balduzzi), qui assure la synergie du noyau de l'abducteur et de l'oculomoteur commun (130). Nous l'avons rencontré au cours de

l'encéphalite léthargique, tantôt spontanément, tantôt par fatigue, dans les épreuves de cristallomancie.

Il peut se produire sous forme de paroxysmes et de crises. Il est facile à provoquer chez les hystériques et s'accompagne de troubles vertigineux subjectifs très désagréables pour le sujet ; parfois de tendances syncopales ou lipothymiques, avec une sudation abondante.

Les phénomènes pupillaires sont moins bien connus.

Vers 1897, Karplus et Kreidler (131) ont déjà montré qu'au cours de la crise hystérique, on pouvait observer une crampe tonique de la musculaire irienne entraînant un état de rigidité pupillaire transitoire, que Karplus considérait récemment comme due à une perturbation du centre mésocéphalique de la régulation du pupillotonus (111). Le fait fut confirmé par A. Westphal, qui signale que cette rigidité cédait à une pression de la région iliaque ou ovarienne (132). Il crut qu'elle était due au trouble vasomoteur général entraîné par l'excitation corticale de l'accès hystérique. Elle fut signalée depuis, dans l'intervalle de l'accès, à la suite des pressions sur la même région iliaque (phénomène de Meyer). Nous avons retrouvé chez deux de nos malades le phénomène de Meyer dans les jours qui ont précédé une attaque hystérique, mais la mydriase avec pupillotonie fait partie de la crise elle-même. Le plus souvent, il s'agit d'une simple mydriase. La mydriase avec aréflexie n'appartient qu'aux incidents convulsifs de l'hystérie (172).

Les travaux récents de M. R. Hess et M. Monnier (133) (134) ont replacé ce phénomène dans son vrai jour et nous savons aujourd'hui que la mydriase (et sa persistance tonique : le mydriama) s'installe consécutivement à toute attitude énergétique active, c'est-à-dire d'activité sympathique, tandis que le miosis (et le mioma) s'observe dans les états de réparation, c'est-à-dire de prédominance vagotonique.

Au cours de la crise, les globes oculaires présentent des positions incessamment variables. En dehors de celle-ci, on ne signale pas de troubles des mouvements conjugués susceptibles de prêter à confusion ; les limitations des mouvements qu'on peut observer ont tous les caractères cliniques d'un trouble volontaire. Nous avons vu une seule fois une polyopie monoculaire et elle fut réduite par faradisation simple. Elle récidiva deux fois cependant. Il n'est pas inutile de rappeler que la diplopie monoculaire et la triplopie binoculaire ne sont pas nécessairement fonctionnelles (135), (136), (137).

C) Le sommeil et les états d'inhibitions voisins

Ces manifestations sont parmi les plus anciennement connues de l'hystérie. Briquet les divisait déjà en sommeil simple, coma et léthargie. Ces trois subdivisions sont moins distinctes aujourd'hui et, à relire les observations, il semble que les états décrits aujourd'hui comme états cataleptiques répondent aux anciens sommeils hystériques. Il en existe dans la littérature moderne de bons exemples (138), (139). Nous n'en avons pas observé personnellement. Le sommeil hystérique reproduirait le sommeil naturel avec cette différence que le sujet entre et sort de cet état sans période de somnolence et de torpeur pré- et post-hypniques, et qu'il est lié le plus souvent à des manifestations motrices paroxystiques. L'hystérique endormi peut parfois être réveillé mais pas toujours. Sa résistance au réveil ne semble pas toujours absolument passive. Le sommeil hystérique diffère de la cataplexie qui est caractérisée par l'abolition du tonus musculaire.

Nous en avons observé un fort beau cas, associé à un syndrome neuro-végétatif du type vagotonique et induisant d'autre part un état de torsion axiale. Il fut réduit par persuasion et cette malade reste aujourd'hui guérie depuis 4 ans.

L'inhibition la plus impressionnante est *l'état cataleptique* ; le sujet est saisi brutalement d'immobilité, la conservation des attitudes segmentaires est généralisée et « l'expression terne vide, très spéciale du visage, est exactement celle de la mort » (49). Le pouls demeure d'une régularité impressionnante, la respiration est normale, la face peut rester colorée. La mobilisation des différents segments est possible. On observe une flexibilité cireuse fort belle et parfois une certaine opposition. La même fixation en contracture peut s'observer au cours des états d'hypnose (contracture hystéro-hypnotique de Pitres) (140), et les descriptions que nous en avons trouvé sont exactement superposables à la catalepsie post-encéphalitique que nous avons observé nous-mêmes, et à la remarquable observation de Tinel, Baruk et Lamache (141). Dans ce dernier cas, des états apparentés à la rigidité décérébrée alternaient avec d'autres crises hystériques et pendant leur déroulement la vagotonie du malade était renforcée, fait qui n'a pas de quoi surprendre, puisqu'on a établi qu'il existe

un parallélisme entre l'excitabilité des centres pneumogastriques et corticaux (142). *Cette rigidité cataleptique, sous l'influence d'émotions, peut exister isolément dans des familles de nerveux en dehors de tout autre phénomène hystérique.*

Nous observons, depuis une dizaine d'années, dans une famille, trois cas de cette rigidité paroxystique. La mère a présenté, à l'occasion d'une petite hémorragie post-partum, un état de rigidité tonique qui a duré huit heures et a cédé à une manœuvre suggestive banale (injection d'éther). La position adoptée par la malade n'avait rien de la rigidité décérébrée, elle était simplement immobile, comme morte, les yeux ouverts, les pupilles dilatées et réagissant peu à la lumière. Persistance des attitudes, réflexes vifs, pas de signes de Babinski. Pouls lent. L'aîné de ses enfants, un garçon de huit ans, a fait au cours d'une poussée de fièvre élevée (40°3), à l'occasion d'une rougeole, deux crises rigides que nous n'avons pas vues personnellement. La seconde enfant, une fillette de six ans, à l'occasion d'une violente colère, a fait une crise de rigidité qui n'a duré que quelques minutes, que nous avons observée.

Des états analogues à ceux qui présentent ces derniers patients ont été observés récemment par Max Levine (143) et décrits sous le nom *d'hypertonie paroxystique affective,* observations superposables aux nôtres. Il note qu'elles ont le plus souvent pour origine une sensation ou émotion désagréable, l'hypertonie peut être partielle et Levine fait rentrer dans ce groupe *l'apoplexie hémitonique de Bechterew* (144), où la rigidité n'existe que dans une moitié du corps. Il considère ces phénomènes comme l'exagération d'une réaction normale.

Des hypertonies affectives peuvent exister comme symptomes paroxystiques au cours d'affections cérébrales organiques en particulier chez les enfants atteints de diplégie cérébrale et dans deux observations personnelles, nous avons pu vérifier les données déjà anciennes d'Oppenheim qui décrit ces manifestations sous le nom de réflexes acoustico-moteurs renforcés (145).

Les vétérinaires, de leur côté, ont décrit des états analogues chez des chèvres (146) et des moutons anormalement nerveux, plus rarement chez les chevaux, sous des noms divers. Nous en avons observé un exemple typique chez un M. Rhésus, sain, mais anormalement irritable.

Ces fixations brutales du tonus peuvent s'observer au cours de l'hypnose chez l'homme et ne sont pas toujours voulues. Schilder (67) a pu vérifier au cours de cette catalepsie hypnotique spontanée, l'égalisation de l'innervation des agonistes et antagonistes, avec la fixation plastique qu'elle comporte.

D) Les mouvements involontaires

Le type en est la crise hystérique. On ne connaît les manifestations traditionnelles fixées dans une admirable série de dessins de Richer. La grande crise passionnelle et le clownisme nous ont paru exceptionnels. Nous avons surtout observé les mouvements de la période épileptoïde et ils sont d'un très grand intérêt : tant sur les images de Richer, que chez nos malades, on voit toutes les étapes de l'attitude épileptique à l'attitude décérébrée en passant par les multiples mouvements du syndrome de rotation axiale (Gerstmann) (147) et du syndrome d'automatose (Zingerlé) (148). *La crise hystérique emprunte en réalité sa morphologie à toute une série d'hypercinésies authentiquement organiques, et cela non pas par imitation spontanée ou suggérée, mais parce que ces mouvements répondent à des automatismes préexistant et profondément intégrés dans l'appareil cérébral.*

C'est en ce sens et en ce sens seulement que nous écrivions, en 1928, avec Paul Martin (149) « comme la crise jacksonienne, la crise hystérique ferait incessamment sa preuve organique et qu'elle était vraisemblablement liée à des phénomènes d'irritation mésocéphalique ». L'observation à propos de laquelle nous écrivions ces lignes était une double tumeur de la fosse cérébrale postérieure, où la moindre émotion déclenchait une attaque complexe, faite d'un cérébellar fit, de manifestations affectives et confusionnelles. Cette belle observation reproduisait, mais nous l'ignorions à cette époque, une observation célèbre de Bernheim (150) publiée comme tumeur du cervelet associée à l'hystérie. Il suffit de relire en entier les lignes que nous y consacrions alors pour se rendre compte qu'à aucun moment, nous n'avons pensé mettre sur le compte d'une lésion du plancher ventriculaire, l'origine de la réaction hystérique.

Au moment de notre mémoire en 1928, nous ignorions que de différents côtés, cette comparaison des cérébellar fits avec la crise opisthonique (stade 1) de Charcot avait déjà été mise en avant (Spiegel) (151) (Schilder et Kauders), alors que d'autres auteurs rapprochaient l'accès hystérique des crises rigides de l'animal délabyrinthé et des crises graves de tétanos bulbo-spinal (Hirsch) (152).

Le complexe hyperkinétique qu'est l'accès opistotonique exprime une libération d'un mécanisme mésocéphalique. C'est à cette même conclusion qu'arrive Kinnier Wilson en 1931,

pour qui la ressemblance de l'attitude en extension des hystériques avec la rigidité décérébrée est évidente (153). *Cette attaque en opistotonos rigide n'a rien de spécifique, elle peut se voir avec la même forme dans l'épilepsie bulbo-spinale, et dans les états toxi-infectieux, en particulier post-puerpéraux.* Les attaques hystériques et épileptiques de cette forme répondent toutes deux à une libération de fonction, à des degrés différents. Leur forme ne dépend pas d'un processus causal qui les conditionne, mais bien du point de départ et de l'extension des centres mis en branle et de la brutalité de leur désinhibition. Les accès épileptiques se différencient des paroxysmes hystériques par leur violence ; leur complexité, leur caractère désordonné, leur brièveté, par l'ébranlement profond que subissent tous les centres vitaux du tronc cérébral depuis l'appareil de thermo- et de vaso-régulation, jusqu'aux centres cardio-respiratoires. Ils s'accompagnent d'une atteinte profonde, paroxystique et post-paroxystique de la conscience. La secousse peut être mortelle tout comme certains états de mal cataleptique peuvent conduire à la mort (Baruk) (154). Les crises opistotoniques des états toxi-infectieux sont moins brutales, ne s'accompagnent pas d'une entreprise grave de la conscience et peuvent être suivies d'une période de confusion mentale légère. Elles se distinguent par ces caractères des crises analogues du groupe épileptique. Les crises opistotoniques de l'hystérie sont encore moins bruyantes, mais cette discrétion n'est nullement spécifique.

Les classiques ont signalé, dans le groupe des mouvements passionnels, une série d'actes plus complexes (salutations, scènes de coit, mouvements de défense et de colère, attitudes extatiques, etc...) que nous n'avons pas observé personnellement. Leur finalité apparente en impose pour des mouvements volontaires, mais il ne faut pas conclure nécessairement à leur simulation : des mouvements compliqués d'aspect volontaire se retrouvent dans les affections lésionnelles, avec un aspect voisin et doivent, à notre avis, être interprétés comme des décharges motrices nées à des niveaux particulièrement élevés dans l'organisation neurale. « Si nous nous représentons les degrés les plus superficiels de la dissociation hystérique, celui qui intéresse le niveau des neurones transcorticaux, les mouvements libérés auront un aspect volontaire et complexe, ressemblant à une activité motrice volontaire sans qu'il y ait toutefois en elle une participation pleinement consciente. » (Wilson).

Entre ces grands complexes moteurs et le tremblement isolé dont nous parlerons plus loin, nous placerions volontiers les faits décrits comme astasie-abasie, désordres grossiers de la démarche, mélanges d'ataxie, de parésies, de mouvements choréiformes et de trépidations et dont les observations récentes semblent particulièrement rares.

L'astasie-abasie trépidante a fait récemment l'objet de travaux de Rouquier (155) qui, en se basant sur le fait de rigidité dynamique dont il a décrit un très bon signe, fait rentrer cette affection dans le groupe des affections striées et lui réserve une place à part. En attendant que des vérifications histopathologiques ou physiopathologiques plus nombreuses en confirment le bien-fondé, l'analyse clinique de ce type mérite d'être retenue (156).

Il n'en reste pas moins vrai qu'il y a encore *des astasies-abasies trépidantes complètement réductibles par psychothérapie,* même chez le vieillard.

Dans la majorité de ces cas, *l'ampleur des spasmes rythmés* attire l'attention et le malade est bien plus théâtral que les pseudo-scléroses ou les scléroses en plaques avec lesquelles on pourrait être tenté de les confondre.

Le tremblement des hystériques est mal connu. Ses formes cliniques, à l'époque de Charcot (157), vont du tremblement trépidatoire (c'est celui de l'astasie-abasie) au petit tremblement vibratoire rappelant le basedowisme et au tremblement intentionnel du type de la sclérose multiple. On en trouve de nombreuses observations dans le livre de Pelnár (158), mais ses caractères graphiques demeurent mal définis. Dans les cas récents, il n'a intéressé les observateurs que dans certaines observations de diagnostic différentiel difficile : sclérose en plaques (159) ; otite moyenne purulente avec suspicion d'abcès cérébelleux (160). D'ailleurs, les cas de tremblement hystérique vrai, en dehors de l'astasie-abasie trépidante, nous ont paru fort rares. Nous n'en avons observé que deux.

Le premier concernait une femme débile présentant un tremblement parkinsonien réductible survenu à la suite d'un conflit conjugal. Rien ne permettait de le différencier à la vue du tremblement d'un parkinsonien authentique. Le second concerne une

femme plus jeune dont l'étude graphique sera faite ailleurs par R. Nyssen. Cliniquement, le tremblement était chez elle très gros, irrégulier dans son ampleur, et disparaissait quand la malade ne se sentait pas observée.

Le tremblement hystérique peut extérieurement rappeler de très près le tremblement parkinsonien, comme l'a très bien montré Goldstein. Il y aurait un grand intérêt, nous semble-t-il, à reprendre leur étude comparée graphique. Quant au tremblement intentionnel du type cérébelleux, Goldstein indique dans le même travail une intéressante épreuve : quand le trembleur hystérique dépasse le but dans l'épreuve du doigt sur le nez, on le prie, non pas de toucher son nez, mais de le saisir avec la main, il prend également au-delà, ce que ne ferait pas le vrai cérébelleux (161).

Sa réductibilité par suggestion, sa grande variabilité d'ampleur d'un jour ou d'un moment à l'autre, dans les mêmes conditions de statique et d'observation, son irrégularité au cours de la même épreuve de motricité volontaire, sont autant de signes frappants dans le tremblement hystérique.

La difficulté de classer cliniquement les tremblements s'explique par leurs caractères intrinsèques : ampleur et rythme variables, quoique le rythme semble rester constant pour un même cas. Dans les variations apparentes de l'ampleur, il faut faire la part à la fluidité de cette manifestation qui passe, chez le même malade, d'un groupe musculaire à un autre. Tous sont renforcés par l'émotion. La notion du tremblement d'action et de repos n'est pas univoque et la théorie classique ne peut pas être rejetée, ainsi que le montre une note récente de R. Nyssen et Dellaert (162).

Le tremblement pathologique n'est que l'exagération par déblocage d'un tremblement physiologique et son apparition semble liée à deux conditions distinctes : à la conservation d'un certain degré de tonus et à la libération d'un centre mésencéphalo-spinal vis-à-vis du freinage cérébello-strié. Cependant, tel quel, décontrôlé, le centre mésencéphalo-spinal reste sensible aux influences volontaires qui agissent sur lui d'une manière variable et parfois paradoxale (54).

L'uniformité de ce mouvement involontaire dans les différentes séries, en dépit des apparences, est vraisemblablement le fait du caractère physiologique inférieur du niveau libéré. Le contexte neurologique permet souvent d'en soupçonner les attaches.

E) Les troubles de coordination et d'équilibration

Les troubles de la démarche sont plutôt le fait de contractures et d'innervations anormales que de vrais désordres de coordination : aussi la recherche des épreuves cérébelleuses classiques est-elle importante : l'absence d'adiadococinésie, d'hypermétrie, d'asynergie, des asymétries d'attitude, des hypotonies provoquées emportent la conviction. Il est impossible de faire état des réactions de chute, de déviation de la marche et de l'épreuve de catalepsie cérébelleuse de Babinski.

On peut en effet retrouver dans l'hystérie des troubles d'innervation tonique comme ceux décrits dans certains processus de la fosse cérébrale postérieure. Le phénomène décrit par Zingerlé comme parésie latente (162) (chute d'un côté avec abaissement des bras quand on fait clore les yeux dans l'épreuve des bras tendus en position assise) peut être positif. La chute peut se faire en arrière ou en avant. Cette chute peut s'accompagner d'un véritable dérobement des jambes rappelant les pertes affectives du tonus.

Les modifications d'attitude spontanée, pendant ces épreuves, sont souvent ignorées du sujet, il en est ainsi dans les lésions cérébelleuses organiques comme dans l'hystérie (163). On peut observer, pendant celles-ci, de singulières erreurs de localisation des excitations sur une moitié du corps et les extrémités. L'inhibition prématurée des mouvements (le contraire du dépassement), connue dans les syndromes cérébelleux où elle s'associe souvent au tremblement intentionnel, peut s'observer également dans l'état hystérique (164), où il peut s'accompagner de modifications toniques bizarres qu'on ne voit pas dans les premiers (165).

Ces troubles de la coordination et de l'équilibre que nous venons de rappeler *sont caractérisés avant tout par leur discontinuité : ils ne se retrouvent pas régulièrement et par cet autre caractère qu'ils portent moins sur l'action expressive que sur l'action transitive. Ils s'observent surtout dans les mouvements globaux, complexes et neufs.*

F) Les troubles de la sensibilité

Les douleurs des hystériques sont d'une fréquence inusitée dans les observations classiques. La céphalée douloureuse, en particulier de la région occipito-nuquale dont la forme la plus pénible a été décrite sous le nom de « pseudo-méningite hysté-

rique » a été signalée dans la période de préparation et au début des accidents. Cette céphalée s'accompagne souvent d'un état de pâleur marqué de la face, de nystagmus intermittent latéral dans les deux sens du regard, et à deux reprises nous avons constaté, chez ces patients, une augmentation légère de la pression de l'artère centrale de la rétine, disparaissant une fois l'accident hystérique constitué. Elles rappellent, à leur gravité près, celles des syndromes de la fosse cérébrale postérieure, où peuvent se voir la même raideur à la déflexion, les vomissements, les attitudes anormales qui avaient fait croire aux anciens observateurs à la présence d'une réaction méningée. La douleur au vertex et le « clou » de Sydenham sont moins habituels. Nous avons antérieurement, en décrivant l'angéionévrose douloureuse du sein (166), montré combien cette affection, épiphénomène dans divers états neurologiques est proche des descriptions classiques du « sein hystérique » et nous n'y reviendrons pas. Les rachialgies, sacro-coccidynies sont fréquentes et il n'y a aucun signe différentiel entre celles-ci et leurs formes symptomatiques. Les algies viscérales, surtout ovariennes et appendiculaires, sont à rapprocher des anciennes zones hystérogènes. Même en dehors de l'hystérie, on est étonné de leur fréquence. Cette hyperesthésie des plexus végétatifs hypogastriques peut s'inscrire au niveau de la pupille comme nous l'avons indiqué plus haut.

La compression de ces points détermine chez les hystériques des réflexes à distance : la compression appendiculaire nous a donné quatre fois sur onze, une hypotension humérale avec diminution de l'indice oscillométrique, comme dans l'hypervagotonie appendiculaire de Enriquez, Guttman et Rouvière (167). La même réaction s'observe dans trois de nos cas, par compression de l'un ou de l'autre ovaire.

Les autres hyperalgésies des organes profonds accompagnent les manifestations viscérales. Nous n'avons pas observé, chez ces malades, l'hyperesthésie douloureuse au contact à laquelle Pitres avait donné le nom d' « haphalgésie ». Au contraire, dans tous nos cas, nous avons été frappé d'une certaine *hypoesthésie algique généralisée.*

Quelle est la signification de cette hypoesthésie algique qui subsiste même après réduction des troubles de la sensibilité ? On sait qu'il existe une série d'observation d' « asymbolie algique »

au cours de lésions organiques du cerveau, où cette absence de réaction défensive et subjective vis-à-vis des stimulations douloureuses est frappante. Ces malades, comme les hystériques, sont fiers de leur démonstration. On ne trouve dans les auteurs aucune explication d'une hypoesthésie algique chez les hystériques, si ce n'est l'hypothèse de la dégénérescence mentale (Lombroso, Stransky).

Les *anesthésies* sont fort rares. Les anesthésies hystériques classiques étaient dimidiées, généralisées même aux muqueuses, segmentaires ou en îlots, ceux-ci à leur tour pouvant être répartis au hasard ou limités à une moitié du corps. Elles ne compromettaient pas l'habilité des mouvements et ne s'accompagnaient pas de troubles des réflexes tendineux. L'anesthésie cornéenne superposée ou non à la perte de la vision, l'anesthésie faciale unilatérale avec surdité, ne se retrouvent pas dans les observations récentes et on peut se demander si, comme pour les transferts, il ne s'agissait pas là de phénomènes suggestifs (Rouquier) (168).

Nous connaissons cependant une malade qui a été étudiée très longuement et présentée par R. Nyssen (169), où existait du côté anesthésié une surdité totale, avec anosmie et insensibilité gustative de toute la cavité buccale.

Dans un autre cas d'hémianesthésie faciale hystérique, nous avons recherché le réflexe cornéen et le clignement réflexe par éblouissement. Ces deux réflexes étaient conservés, par contre, dans ce cas où existait une hémiplégie flasque sensitivo-motrice, sans hémianopsie, le réflexe de clignement à la lumière était aboli dans le champ temporal opposé. La conservation de deux réflexes sous-corticaux, la disparition d'un réflexe empruntant la voie corticale rolando-occipitale sont à retenir.

Le déficit de la sensibilité n'est pas toujours global. On trouve, dans les observations anciennes, des dissociations curieuses et des localisations topographiques dont certaines ont été retrouvées, depuis, dans les états organiques. Ce qui les différencie, c'est la rapidité de la récupération.

Une curieuse observation a été publiée par Cruchet (170), où le trouble portait sur les sensibilités tactiles, algiques et thermiques, électriques, alors que les sensibilités musculaire, profonde et stéréognosique étaient intactes. L'examen stéréognosique permettait de récupérer un certain degré de sensibilité thermique.

L'*analgésie* hystérique est bien connue. Cependant, au sujet de ses *critères*, les notions, même classiques, restent imprécises.

La *réaction irido-dilatatrice* à la douleur serait supprimée dans les anesthésies cérébrales d'après un certain nombre d'auteurs. Les recherches expérimentales récentes semblent indiquer d'ailleurs que ce réflexe a une double voie : l'une corticale, l'autre sous-thalamique empruntant le centre sympathique sous-optique de Karplus-Kreidl. La décortication (Amsler) et la décérébration (Nishimura) ne suppriment pas la réaction irido-dilatatrice, ce qui confirme certaines observations de Richet faites pendant la narcose chloroformique. Ce point mériterait d'être précisé dans l'anesthésie hystérique et suggérée, où il ne semble pas avoir été étudié (172), d'autant plus que de nouvelles méthodes comme celles de Loewenstein-Westphal permettent aujourd'hui des mesurations très minutieuses (173).

Les *épreuves vasculaires à la douleur* ont fait l'objet d'un mémoire très fouillé de R. Nyssen (174), où se trouve réunie toute la littérature de cette question et dont les conclusions pour l'étude des analgésies d'origine psychique sont importantes. Nyssen a constaté une élévation sensible de la pression artérielle dans toute douleur, si elle est suffisamment intense. Cette réaction générale apparaît avec un certain temps de latence et dure ce que dure l'excitation, si elle reste sensiblement constante. Elle est, au point de vue de son intensité, en rapport avec l'intensité de l'excitation. Elle existe, chez l'animal anesthésié ou décérébré, comme chez l'homme, en dehors de toute participation consciente. Il y a tout lieu d'admettre cependant qu'en pénétrant dans la conscience, l'impression douloureuse y déclanche une réaction hypertensive d'origine affective, renforçant le réflexe infrathalamique. L'exclusion du sentiment conscient de la douleur, par exemple dans l'analgésie hystérique, laisse intacte la réaction de la tension artérielle, quoique l'absence de la perception douloureuse semble l'affaiblir, dans une proportion variable d'un cas à un autre. La douleur psychique est également susceptible d'élever la tension artérielle, mais dans une proportion moins importante que ne le fait une douleur réelle.

Il faut rapprocher de ces faits importants les conclusions de travail déjà ancien de O. Veraguth et Brunschweiler (175), consacré à l'étude des troubles sensitifs d'origine cérébrale par la méthode des *réflexes psycho-galvaniques*. Ce réflexe, aboli dans les anesthésies d'origine périphérique ou médullaire, est conservé dans les anesthésies d'origine corticale, malgré l'absence de sensations subjectives. Cette dissociation entre la réaction affective

et la perception consécutive implique que le réflexe psychosomatique, mis en évidence par le galvanomètre, doit se produire à un niveau d'afférence inférieur à celui où se réalise la perception conscience. Les auteurs se demandent si cette dissociation n'existe pas aussi dans l'hystérie pour de toutes autres causes.

Plus récemment, Lévine (176) a montré l'identité du réflexe psychogalvanique dans l'analgésie hystérique et dans l'analgésie suggérée, avec cette différence cependant que, dans cette dernière, la réaction subit une certaine réduction. Ces faits sont conformes aux données expérimentales de Loewenstein qui, avec sa méthode personnelle, vit que la réaction à la piqûre ne diffère pas chez l'hystérique et le normal (177).

Il résulte des travaux de Veraguth et Brunschweiler, de Nyssen, Lévine et Loewenstein que le réflexe hypertensif et le réflexe psychogalvanique sont conservés dans les analgésies hystériques, suggérées et corticales. La perception consciente de la douleur serait capable de les modifier quantitativement. Il existe cependant des observations divergentes et le problème n'est pas définitivement tranché.

Schilder et Angel (178) ont publié une observation d'hémiplégie hystérique, où la réaction hypertensive à la douleur ne se produisait pas du côté anesthésique, alors qu'elle était nette du côté sain. Dans les anesthésies suggérées, en état d'hypnose, Sears n'a pas retrouvé, quand les stimulations douloureuses portent sur un territoire anesthésique, la réaction respiratoire à la douleur qu'il observe quand on excite un territoire intact (179). Ce dernier auteur a étudié comparativement l'inhibition volontaire de la réaction douloureuse et constaté que celle-ci ne produit pas le même type de réaction respiratoire que l'analgésie suggérée pendant l'hypnose, aussi conclut-il que l'analgésie hystérique touche le mécanisme de réaction à la douleur en deux points : au niveau de la zone, où la douleur devient consciente, et au niveau où la stimulation algique s'articule avec les centres respiratoires. Il y a pour lui, dans l'analgésie hystérique, plus que la répression de l'aveu (180). Comment ne pas rappeler ici ce fait troublant avancé par Foerster, Altenburger et Kroll, que la suggestion hypnotique modifierait les chronaxies sensitives (181).

L'étude objective des troubles sensitifs hystériques est pleine d'embûches. Nous laisserons entièrement de côté l'analyse des troubles sensoriels auxquels en dehors de rares auteurs (182), (183) plus personne ne s'est intéressé depuis

l'hystérie de conversion. Les troubles de la sensibilité cutanée ont préoccupé récemment certains auteurs américains, déjà cités à propos des recherches sur la douleur. Deux de ceux-ci, Sears et Cohen, ont étudié l'astéréognosie hystérique et, si l'on admet avec G. Campora (184) que celle-ci dépend essentiellement des perturbations de la discrimination tactile, elle devrait se ramener dans l'hystérie à une absence des discriminations cutanées. Ils ont, de fait, observé que la disparition de l'astéréognosie hystérique s'accompagne d'un retour de la discrimination normale aux compas de Weber.

Mais comment aborder l'analyse clinique de ces troubles sensitifs en évitant toute suggestion ?

Dans les traités classiques ou récents, aucun fil conducteur. L'analyse des anosognosies nous mit en présence de troubles moteurs dus aussi à un oubli d'une partie de soi, parfois sans participation de la sensibilité profonde ou superficielle. Dans cette exclusion relativement consciente, certains sujets se comportaient normalement malgré l'anesthésie de leur moitié. Le mode de régression des anosognosies montrait d'autre part qu'elles traduisaient autre chose qu'un trouble sensitif, comme l'avait bien vu Babinski. C'est vers cette même époque que se présenta à nous une observation clinique d'hystérie, suffisamment pure, dans des conditions d'observations favorables.

Il s'agissait d'une femme de 40 ans, atteinte depuis 6 ans de paraplégie mixte en extension. Rééducation sous narcose chloroformique. Chez cette malade, ce furent, d'abord, certains mouvements automatiques (pédalage, les mouvements de natation sur le dos, croisement des jambes), qui réapparurent, alors que les troubles sensitifs superficiels et profonds, et incapacité de réaliser volontairement des mouvements segmentaires, persistaient encore. Après une troisième narcose, avec faradisation énergique vers le réveil, la malade parvint à se mettre debout seule et on obtint des mouvements isolés des petits segments distaux (les plus faciles d'ailleurs). Elle réussit bientôt à réaliser au commandement n'importe quelle attitude active. Spontanément, la sensibilité profonde réapparut, mais elle restait insensible à la douleur, au tact et à la température et présentait de l'astéréognosie. Au cours des narcoses suivantes, très légères, les sensations thermiques furent récupérées en remontant des orteils vers la cuisse et le tronc, puis les membres supérieurs se dégagèrent. L'astéréognosie disparut. La malade nous quitta. Deux mois après, elle revint nous

voir, la sensibilité tactile était demeurée intacte. La sensibilité algique est restée et reste encore aujourd'hui, six ans après, abaissée.

Dans les lésions frontales, nous avions vu des sujets conserver la possibilité d'exécuter des mouvements segmentaires et perdre certains de ses automatismes de statique et de progression. Notre hystérique avait tout perdu : elle regagna d'abord quelques automatismes, puis les mouvements segmentaires de l'extrémité à la racine, puis la sensibilité profonde, puis la sensibilité thermique et cutanée. La rééducation des mouvements segmentaires se faisait plus facilement les yeux bandés. La récupération des mouvements volontaires segmentaires constitua un véritable tournant dans l'évolution vers la guérison : en quelques jours et spontanément, revint la sensibilité profonde. Nous avions simplement annoté ces faits sans les interpréter encore, mais on doit avouer qu'ils prêtaient à réflexion.

Chez une deuxième malade (1932), hémiplégie flasque sensitivo-motrice, la récupération se fit dans l'ordre suivant : hémiplégie flasque, hémiplégie rigide en extension et hyperpronation pendant quelques instants, attitude de monoplégie crurale hystérique, récupération des mouvements segmentaires de la cuisse sur le bassin, puis, de tous les mouvements segmentaires. Ceux-ci étaient ataxiques par suite de défaut de sensibilité musculaire kinesthésique : rééducation par la vue, du sens des positions dans l'espace : retour rapide de la sensibilité profonde, disparition de l'hémianesthésie faciale, retour du réflexe de clignement à la surprise, retour de la sensibilité thermique et, spontanément, atténuation de l'hypoalgésie. Les troubles vaso-moteurs disparurent avec le retour des mouvements segmentaires.

Dans ces deux observations, si différentes, le retour des mouvements segmentaires coïncidait avec le retour de la sensibilité profonde, puis la sensibilité épicritique se restaurait et enfin la sensibilité protopathique. Entre le moment où étaient récupérés les mouvements segmentaires, la sensibilité profonde, et celui où la malade retrouvait certains mouvements expressifs, elle se présentait comme une sorte d'apraxie de construction. Elle n'était pas maître de sa spatialité proprioceptive ou somatique. En présence de ces deux cas, ne peut-on se représenter l'*hémiplégie sensitivo-motrice flasque*

comme une sorte d'agnosie, étendue immédiatement à l'appareil moteur ? La reconstruction des fonctions s'y réalise dans un ordre hiérarchique. Nous avions cherché longuement, dans la littérature, des observations analogues de *restitution* d'une anesthésie hystérique, *en échelons.* Dans les cas légers publiés, elle s'était faite d'un coup et on ne retrouvait, dans les descriptions, aucune indication sur les phases parcourues. Il est probable que le mode d'invigoration adopté et le type de malade sont responsables de ces différences. Le torpillage et la résistance du sujet sont évidemment deux conditions d'expérimentation défavorables. S.-A. Kinnier Wilson nous a fait connaître récemment un travail de deux physiologistes anglais dont le nom est bien connu depuis, observation publiée en 1918 qui passa tout à fait inaperçue. L'observation de Graham Brown et de R. Stewart (188) est plus belle, plus technique et plus décisive que la nôtre. Nous nous excusons de la reproduire assez longuement, mais elle nous semble très importante.

Elle concerne une hémiplégie de guerre, avec hémianesthésie, hémianalgésie. Au cours de la première narcose, les membres conservent leur rigidité, mais on obtient, à l'ordre, une légère mobilisation du genou gauche, puis le membre inférieur devient flasque. Au réveil, le membre est utilisé. Une seconde narcose rencontre une vive contracture des extenseurs, qui cède brusquement, mais le patient développe une anesthésie bilatérale. Il lève librement, au commandement, le bras gauche, on le laisse se réveiller, mais, au moment où il sort de la narcose, le bras devient rigide, l'anesthésie disparaît à droite. Une mobilisation progressive, sous narcoses répétées, aboutit à libérer les mouvements volontaires du bras, mais l'hémianalgésie et l'hémianesthésie persistent. Il déclare ne pas sentir les déplacements de son bras, que ceux-ci soient actifs ou passifs.

Quand on le prie d'imiter avec la main droite les mouvements passifs de la main gauche, il reproduit le mouvement opposé : à la flexion passive du coude gauche répond une extension du coude droit, l'amplitude étant exacte. Les yeux clos, on lui demande de montrer avec la main droite où se trouve la main gauche dans l'espace, il reproduit la position de celle-ci en miroir. Ces renversements des données kinesthésiques ont persisté pendant neuf heures. Puis la marche redevient normale, quoique encore faibles aux extrémités, les mouvements passifs des membres inférieurs ne sont pas encore reconnus, l'analgésie et l'anesthésie demeurent encore complètes.

Les observateurs anglais se sont heurtés eux aussi, dès l'entrée dans la narcose, à une reprise de rigidité ; quand elle cède, le patient développe brusquement une anesthésie bilatérale. La reprise de l'innervation volontaire précède celle du sentiment des positions spatiales de cette moitié du corps, mais pas tout à fait cependant, malgré les dires du sujet, puisqu'il les reproduit en miroir. Aux membres inférieurs, même succession, reprise du mouvement, d'abord faible, puis reprise de la sensibilité kinesthésique. Les troubles de la sensibilité épicritique différenciée ne se restituèrent pas.

Mais voici les commentaires des physiologistes anglais : le mécanisme cortical deviendrait, dans l'accident fonctionnel, inactif, par défaut d'impulsions corticopètes issues des appareils terminaux sensitifs intra-musculaires. Ces afférences, nées normalement de tout mouvement, seraient indispensables pour mettre l'écorce en ordre de marche. Leur afflux incessant, au cours de notre activité quotidienne motrice, aurait pour effet d'abaisser la résistance propre des voies qui les conduisent et de faciliter leur réflexion au niveau cortical. Leur réduction aurait un effet double : d'augmenter la résistance propre des voies centripètes et d'abaisser l'excitabilité corticale, au point de suspendre la réflexion malgré que la voie efférente ait conservé toute sa capacité. L'absence de ces afférences n'est pas perçue et ne se traduit, pour le sujet comme pour l'observateur, que par sa conséquence motrice, la paralysie a pour origine la désafférence. Quant à la cause de cette réduction d'afférence, nous en sommes réduits à des hypothèses.

Comment la corriger ? Il n'y a qu'un moyen : 1° c'est d'augmenter artificiellement la valeur des stimulations centripètes jusqu'à ce qu'elles dépassent le seuil cortical en question ; 2° celui-ci dépassé et le mécanisme cortical activé, d'en faciliter la persistance par sa répétition.

La guérison n'est stable que quand l'anesthésie est levée. Dans la paralysie hystérique, le membre serait devenu « apesthésique » (Mott et Sherrington), cette paralysie correspondrait chez l'animal à la paralysie du membre désafférenté. *On voit aussitôt que cette interprétation vaut pour d'autres complexes sensitivo-moteurs hystériques, l'anesthésie pharyngée et laryngée avec aphonie, la surdité avec mutisme, certaignes agnosies avec apraxie,* etc... Traitant des contractures de guerre, Sollier avait beaucoup insisté lui aussi sur un phé-

nomène psychologique curieux qui les accompagne, « la perte de la représentation motrice du membre atteint ».

On nous objectera que l'inhibition corticale n'atteint pas toujours cette ampleur ; que les anesthésies hystériques épicritiques sont plus fréquentes que les paralysies flasques sensitivo-motrices et qu'elles n'entament pas la capacité d'exécuter des mouvements même complexes. Ce dernier caractère n'est pas paradoxal : la sphère praxique est intercalée entre l'afférence et l'efférence et peut-être perturbée isolément. On nous objectera enfin que la paralysie fonctionnelle peut persister après disparition de tous les troubles sensitifs. C'est rare et ici un autre mécanisme peut être envisagé, également connu. Cohn et Emmanuel (186) ont décrit depuis longtemps, sous le nom d' « akinésie psychogène métaparalytique », un phénomène analogue : l'inactivité du membre, en suspendant toutes les stimulations afférentes, causerait une modification fonctionnelle des noyaux moteurs eux-mêmes et c'est ainsi que le segment resterait flasque en dépit de l'intégrité de ses réactions électriques.

L'étude des troubles sensitifs de l'hystérie nous découvre un champ d'observation très particulier où il reste beaucoup de points à préciser. L'étude expérimentale des sensibilités épicritiques est à l'ordre du jour chez les psychopathologistes de langue anglaise, celle des sensibilités plus complexes comme la stéréognosie a déjà été abordée par eux, celle de la douleur a été complétée ici-même. *Frappés par leur connexion étroite avec la pathologie de l'action, obligés de les approcher par une méthode clinique, aussi pure que possible de toute suggestion, nous croyons qu'il y a, dans les faits que nous venons d'exposer, une voie d'accès féconde.*

G) Les **contractures et les paralysies hystériques** naissent rarement d'emblée ; le plus souvent, à la suite d'un paroxysme moteur. Les contractures ne sont pas les séquelles d'une paralysie primitivement flasque. Leurs modalités sont connues par les travaux classiques et dont certaines localisations sont privilégiées.

La contracture des muscles de la loge postérieure avec pied bot, celle de la loge postérieure de la cuisse avec hyperextension extrême des deux membres inférieurs, celle des adducteurs et du

quadriceps, dans la monoplégie en flexion sur le bassin sont connues. Aux membres supérieurs, on ne retrouve pas ces préférences. Les muscles paravertébraux peuvent être intéressés symétriquement ou asymétriquement, le plus souvent, ce sont les fléchisseurs (camptocormies de Souques), et la musculature cervicale (torticolis toniques).

Les inclinaisons latérales du tronc, les inclinaisons en avant, se retrouvent dans les contractures de guerre. Les contractures proximales des membres inférieurs peuvent donner une marche comptocornique très particulière, et, si le torpillage dépasse son but, une attitude en hyperextension non moins facile à réduire.

Elles sont, quoi qu'on en ait dit, souvent associées à des troubles de la sensibilité, mais pas au point que « toute contracture ne s'accompagne pas d'anesthésie ou d'hypoesthésie doive être suspectée au point de vue hystérique » (187). La contracture la plus fréquente aux membres inférieurs est en hyperextension, le sujet marche les jambes étendues comme la danseuse qui fait les pointes. Cette attitude rappelle l'hyperextension que nous sommes habitués, aujourd'hui, à voir dans une série d'affections excluant l'activité corticale.

L'attitude des membres inférieurs et supérieurs dans la belle photographie de quadriplégie hystérique, par contracture donnée par Déjerine (188), est exactement superposable à celle qu'on observe dans des scléroses diffuses, où toute influence corticale est exclue par le processus morbide en évolution.

Cet aspect physiologique de la démarche fonctionnelle n'a pas échappé à Graham Brown et à Stewart soulignant que, dans cette démarche, le facteur postural est maxima et les réactions phasiques réduites à un minimum. Les physiologistes anglais y voient une prédominance de l'activité rubrique sur l'activité corticale, due à une dérivation des afférences restantes sur les voies sous-corticales non habituées à les recevoir. Cette dérivation expliquerait aussi la rigidité posturale de ces sujets, capables de maintenir leurs membres, plus longtemps que l'homme normal, dans une position déterminée, qu'ils sont d'ailleurs incapables d'adopter volontairement. Sans doute une activité phasique n'est pas absolument exclue, puisque le sujet marche, mais elle ne domine pas, comme chez le normal, l'activité posturale. Le même traitement qui

élève les seuils des excitations centripètes, favorise la reprise du mécanisme cortical, qui, alors, résorbe à nouveau les mécanismes rubriques plus primitifs.

A l'appui de cette manière de voir, rappelons que, très récemment, Garcin a montré que, chez certains de ces sujets, l'astasie-abasie était provoquée par l'exagération des réactions de soutien, phénomène analogue à celui mis en évidence par Rademaker chez l'animal sans cervelet. Cette forme rigide de l'astasie-abasie aurait dans certaines démarches fonctionnelles son équivalent physiologique. Rouquier a découpé, dans l'ancienne astasie trépidante, un type extrapyramidal en se basant sur ce fait sémiologique que le malade couché dispose de toute son innervation volontaire, surtout quand il ne s'est pas observé, tandis que, debout, il est incapable de tous les mouvements de la marche. Lhermitte et Cornil auraient trouvé dans un cas de cet ordre des lésions striopallidales (189).

Pour les classiques, les paralysies hystériques flasques sont globales 'et anesthésiques, elles s'accompagnent de troubles vasomoteurs, sécrétoires et trophiques. Elles aussi s'accompagneraient d'une perte de la représentation du membre qui est considéré par le sujet comme inexistant.

Il est un type mineur de l'hémiplégie hystérique, bien vu par Todd, et dont Rouquier a repris depuis quelques années l'analyse clinique (188). Ce sont ces sujets qui présentent la démarche particulière « en draguant », où le déficit moteur modéré porte sur l'extrémité des membres, l'hypotonie est légère, sans signes du peaucier du cou, sans signe de flexion combinée de la cuisse et du tronc, sans modifications ou avec une très petite diminution des réflexes tendineux et cutanés du côté atteint, avec des troubles vasomoteurs, une sudation homolatérale et quelques douleurs du côté atteint.

Rouquier a repris un à un les éléments sémiologiques (190) de ce tableau. Les troubles moteurs de ce type répondraient avant tout à un groupe de signes individualisés par J.-A. Barré comme syndrome déficitaire pur (191), par opposition à ceux réunis sous le nom de syndrome irritatif et qui comportent les symptômes bien connus comme troubles pyramidaux. « Le syndrome pyramidal déficitaire pourrait se rencontrer à l'état isolé et plusieurs malades qui en auraient été atteints avaient été qualifiés d'hystériques, parce qu'on s'est habitué peu à peu à ne considérer comme signes de paralysie organique que ceux qui se traduisent

en réalité par l'irritation pyramidale et que la volonté peut plus difficilement réaliser. » (192). La présence de douleurs et de troubles vasomoteurs aurait pour origine une légère participation thalamique (193). On trouve, dans le syndrome étudié par Rouquier, une série de troubles dont l'origine physiologique est peu contestable : l'hémi-sudation, la diminution de l'indice oscillométrique, l'hypothermie, en dehors de toute immobilisation prolongée, et, par ailleurs, Rouquier a apporté, avec Lhermitte et Trelles, une observation anatomo-clinique de ce type au cours d'un gliome du corps calleux. Nous avons observé le type de Rouquier au début d'une affection vasculaire cérébrale. Il se compléta ultérieurement et fut vérifié comme syndrome de l'artère cérébrale antérieure.

Est-ce que l'étude des états musculaires des hystériques nous apporte des éléments nouveaux ?

1° La flaccidité du muscle paralysé est variable : elle n'atteint jamais celle observée dans la poliomyélite, mais voit tous les degrés entre l'état hypertonique et l'état flasque (Wilson) (194) à telle enseigne qu'on a signalé, dans les hypotonies post-paroxystiques, une abolition du réflexe tendineux (Lange) (195). Nous ne l'avons jamais observé.

2° La contracture hystérique préfère, dans quelques cas, certains muscles : cette répartition se fait-elle au hasard ou répond-elle à une loi physiologique ?

Le rôle des antagonistes et des synergistes dans le mouvement volontaire a été l'objet de nombreuses recherches. Considérée comme modératrice, la contraction des agonistes devait renforcer la précision du mouvement. Demeny fit remarquer le premier que, dans les mouvements volontaires sur un obstacle, les antagonistes se relâchent, qu'ils restent en contracture quand les mouvements ne se font pas sur un obstacle ou une opposition corticale. Sherrington montra, dans les mouvements des agonistes induits par excitation corticale, l'existence d'une inhibition du tonus des antagonistes. Enfin, Beevor conclut que, si dans les mouvements énergiques sur un obstacle, il y a toujours relâchement ; quand l'obstacle manque, la gravité étant exclue, le relâchement reste cependant la règle. On a conclu des recherches de Sherrington que cette loi des antagonistes comportait un relâchement immédiat, constant, complet. Or, textuellement, il dit simplement que la contraction d'un muscle commence quand celle de l'autre diminue, que l'état de contraction maximal de l'un coïncide avec l'état de contraction minimal de l'autre. S.-A. Kinnier Wilson a

fort clairement exposé et critiqué ces théories. Pour lui, ces conceptions ne s'excluent pas : l'innervation réciproque implique un état physiologique des centres dans lesquels les agonistes et antagonistes se déchargent ensemble, mais inégalement (196).

Beevor, le premier (197), a fait remarquer que, lorsqu'on demande à un hystérique contracturé de relâcher son attitude, il répond en contractant d'abord les muscles antagonistes du mouvement sollicité, puis seulement les agonistes. Cette entrée en fonction prématurée des antagonistes avant les agonistes était pour Beevor spécifique la contracture hystérique. Ses vues furent confirmées très tôt par Oppenheim et S.-A. K. Wilson. Le même trouble s'observerait dans les contractures hystériques au cours des mouvements spontanés. *Cette contracture prématurée des antagonistes réaliserait une inversion de la loi d'innervation réciproque de Sherrington, suivant laquelle toute contraction de l'agoniste dénerve l'antagoniste.*

Quand la patiente de Beevor, une jeune fille de 18 ans, atteinte d'hémiplégie hystérique, essayait d'étendre l'avant-bras, le premier muscle entrant en contraction était le long supinateur, ensuite, le triceps. Puis, se succédaient une série de mouvements alternés des agonistes et antagonistes, inefficaces. Ce comportement paradoxal des antagonistes ne serait pas spécifique du trouble moteur hystérique. Wilson a pu en démontrer son existence par la méthode graphique dans l'athétose, dans la chorée et au cours de lésions du cortex frontal, avec innervation tonique et apraxie (196).

Nous l'avons vérifié personnellement dans quatre cas de contracture de notre série actuelle : les faits sont nets dans les paralysies hystériques et confirment ceux de Beevor et Wilson. Le plus beau de nos cas était une monoplégie crurale. Quand on demandait au patient d'étendre la jambe, c'est-à-dire d'innerver son quadriceps, on assistait à une innervation renforcée des fléchisseurs de la cuisse, puis le quadriceps se contractait à son tour, moins puissamment. On palpait aisément la contraction énergique de l'antagoniste et celle moins franche du quadriceps. En aidant à la flexion de la jambe, celui-là se relâchait aussitôt, mais on surprenait aussi quelques secousses cloniques dans le quadriceps.

Cette infirmité de la dénervation va plus loin. L'hystérique ne peut pas éviter la diffusion de l'innervation volontaire à d'autres groupes musculaires que ceux utiles au mouvement

proposé. Quand on demande à une paraplégique en extension de relâcher légèrement l'extension du pied de façon à poser le pied à terre dans une position d'appui autre que sur la pointe, et de relever la pointe du pied, on assiste à un renforcement global de tous les groupes musculaires de la jambe qui se raidit comme un pilon. Cette exagération de l'innervation tonique de certains groupes musculaires a un rapport étroit, elle aussi, avec le phénomène observé dans les lésions préfrontales et, d'autre part, dans les athétoses.

N'est-ce pas un mouvement d'opposition *volontaire ?* Sans doute cette diffusion répond-elle à certaines caractéristiques de forme et de complexité observées dans les mouvements que nous qualifions de voulus et que nous pouvons reproduire à volonté. Ce critère morphologique est discutable : du fait que nous pouvons imiter certains mouvements isolés de la chorée, concluons-nous qu'ils sont voulus par le sujet ? Le fait de pouvoir être imités volontairement indique seulement que nous sommes ici en présence de mouvements d'une haute complexité physiologique et vraisemblablement issus de l'activité cérébrale supérieure.

Des deux modifications de l'innervation que nous venons de rappeler, on peut conclure que *les troubles du tonus des hystériques ont des caractères qui les apparentent à des désordres très élevés dans la hiérarchie du système cérébral, qu'ils ne répondent pas à des perturbations du type strio-pallidal.*

3° L'état des réflexes chez les hystériques a toujours préoccupé les neurologistes. On n'observe pas le clonus avec les caractères qu'on s'accorde à lui reconnaître dans les lésions organiques.

On a cherché à différencier l'hémiplégie hystérique ou l'hémiplégie voulue et de l'organique par la recherche de signes moins classiques que les signes cardinaux du syndrome pyramidal. Les signes de Rossolimo et de Mendel-Bechterew auraient disparu, la jambe étant fléchie, auraient reparu sur la jambe étendue dans une paraplégie pitiatique guérie (198). Le signe de Raimiste, de Léri et le phénomène de la pronation présents dans une hémiplégie avaient disparu après sa guérison (199). Nos recherches de contrôle sur ces points sont négatives, nous avons seulement observé, dans un seul cas

d'hémiplégie pithiatique, un signe de Rossolimo avec une sorte de préhension forcée.

La disparition ou l'atténuation des réflexes cutanés du côté de l'hémiplégie hystérique est non moins discutée. Des neurologistes autorisés considèrent cette éventualité comme possible. Dans deux observations personnelles, où le réflexe cutané abdominal était aboli ainsi que les crémastériens, le cutané plantaire était aboli du côté de l'hémiplégie pithiatique.

Les recherches récentes entreprises par les physiologistes (200, 201, 201) pour dissocier, dans le cortex moteur et prémoteur, la part qui revient à l'une et à l'autre de ces régions, dans la composition du complexe hémiplégique, ne seront-elles pas précieuses pour le neurologiste qui observe l'hystérie ? La lésion de l'écorce motrice pure donnerait une paralysie flasque, amyotrophique, avec signe de Babinski et de Chaddock. La lésion prémotrice pure donne une perturbation de la coordination des mouvements fins ; une maladresse générale, bien avant que n'apparaissent les gros troubles moteurs, la préhension forcée, les signes de Rossolimo, de Mendel-Betcherew, et Hoffman, les troubles vasomoteurs et une tendance à l'hypertonie précoce. Ces données expérimentales n'ont pas encore reçu de la clinique les confirmations nécessaires.

Nous n'avons jamais observé chez nos malades de vrais réflexes de posture. Quant aux réflexes d'attitude et en particulier au phénomène de la poussée qui en est le type clinique le plus simple et le plus fidèle, dans les astasies-abasies intenses, il est couvert par la contracture en extension.



Dans ces conditions, qu'elle est la situation du trouble hystérique à l'égard du trouble organique ? Quel est le symptôme qui le définit au point de vue neurologique ? Si l'on se rappelle la constitution de l'hystérique, les signes de la période de préparation, la séméiologie qui caractérise les déroulements paroxystiques : l'hystérique est évidemment un déséquilibré endocrino-végétatif grave, mais que rien ne permet de séparer des autres malades du même ordre. L'expression neurologique de son émotivité, que celle-ci coïncide ou s'articule avec ses troubles, n'est pas non plus spécifique. L'essentiel du trouble de l'hystérique n'est pas là. Il réside dans une fragilité

particulière de toutes ses fonctions d'intégration, telle que, sous l'effet d'émotions pour un sujet sain subliminales, se réalisent chez lui des dissociations neuronales, qu'il est incapable ultérieurement de dominer, abandonné à ses seules énergies. On voit chez lui des inhibitions plus ou moins étendues, mettant des fonctions cérébrales entières, hors de portée du contrôle volontaire et en libérant d'autres. Ces exclusions peu durables naissent et s'évanouissent brusquement et ne laissent aucune séquelle. Elles sont moins brutales dans leur apparition et dans leur évolution, moins complètes dans leur expression que celles d'autres processus ou l'inhibition est plus profonde quoique également temporaire (épilepsie, troubles d'intoxication, etc.). *La pathologie du diencéphale, au sens le plus large du mot, nous découvre une série de signes, dont nous retrouvons, dans l'hystérie la plus orthodoxe, des équivalents. La pathologie organique et fonctionnelle utilisent dans leur expression les mêmes voies, les mêmes centres ; mais nous trouvons, dans l'hystérie, un exemple d'inhibition et de libération particulières. Nous adressons à ce système nerveux en déséquilibre inefficace, une invigoration (et presque toujours un supplément d'afférences) dont nous ne savons ni le point ni le mode d'impacte. Mais, qu'elle soit active, complètement et immédiatement, et nous savons que nous sommes en présence d'un type de réaction qui se différencie de tous les autres connus.*



Pouvons-nous aller plus loin dans la physiopathologie de l'hystérie ?

Peut-on entrevoir sur quelles voies va s'engager son étude neurologique ? Elles transparaissent dans les tentatives rappelées plus haut, mais peut-être vaut-il la peine de les formuler plus explicitement. Plus elle est concrète, plus une hypothèse de travail permet de corrections et d'inductions nouvelles. Les rapports des états hystériques et du sommeil avaient, il y a longtemps, frappé Claparède (203) ; la première théorie de cet ordre fut proposée par Sollier et d'ailleurs aussitôt combattue. Il avait cependant bien noté cette tendance à la fixation d'attitudes, nées sous l'influences d'écarts considérables du fonctionnement nerveux normal (émotion, commotion, etc.). Un même mécanisme de fixation des phénomè-

nes fut invoqué par Claude et Lhermitte (204): la contracture, réflexe au début, serait fixée ultérieurement par un mécanisme psychique. Les centres moteurs soumis à un régime anormal d'excitations et privés d'excitations psychiques se modifieraient et ainsi naîtraient des troubles physiopathologiques.

Marinesco (205) a repris, avec ses élèves, le problème d'un point de vue plus direct : une modification particulière de l'excitabilité des centres sous-corticaux entraînerait, par induction réciproque, des modifications inverses de l'excitabilité corticale, dans le sens d'une inhibition chronique et d'états qui favoriseraient à leur tour la libération de certains appareils sous-corticaux. Pour Pawlow (206) et son école, l'activité nerveuse de l'hystérique serait caractérisée essentiellement par un tonus inférieur du cortex, l'ensemble des excitations devenant transliminaires, et induisant ainsi, avec la plus grande facilité, une inhibition généralisée.

Nul sujet ne se prête mieux que l'hystérie à des spéculations intellectuelles. Ce sont elles aussi qui ont ralenti l'avancement de son étude car tout montre qu'une synthèse est encore prématurée. Cependant, quelques neurologistes ne peuvent se résoudre à accepter, pour cette réaction si particulière, une définition physiopathologique qui est presque un jugement de moralité. Ils ont cherché loyalement une interprétation. Celle-ci les conduit à admettre *l'existence, chez les hystériques, d'une labilité momentanée du pouvoir de synthèse supérieure au profit d'activités plus primitives et d'une incapacité de réintégrer ces fonctions momentanément libérées. Ce trouble* (*qui a peut-être une origine, mais certainement une contrepartie psychologique*) *utilise, dans son expression, des mécanismes physiologiques.*

Nous avons tenté d'en découvrir quelques fragments. Il nous reste à souhaiter que les discussions, dont ce Rapport ne doit être que le prétexte, en indiquent d'autres — inconnus.

Anvers, 14 avril 1935.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marinesco et Nicolesco. — *Bull. Soc. Roum. Neurol. Psych.*, **4**, 61, 1927.
2. Kauders. — *Arch. f. Psych.*, **72**, 440, 1924.
3. Grigoresco et Vasili. — *Spitalul*, **49**, 136, 1929.
4. Cori. — *Riv. spez. Fren.*, **54**, 895, 1931.
5. Noica. — *Rev. Neurol.*, **36**, 11-109, 1929.
6. Marinesco et Mme Nicolesco. — *Rev. d'O.N.O.*, **8**, 437, 1930.
7. Delbeke et van Bogaert. — *Journ. Neurol. Psych.*, **26**, 269, 1926.
8. Herrmann. — *Arch. f. Psych.*, **100**, 116, 1933.
9. Crouzon. — *Rev. Neurol.*, 1, 54, 1900.
10. Marinesco et Radovici. — *Journ. Neurol. Psych.*, **26**, 259, 1926.
11. Draganesco. — *Spitalul*, janvier 1925, n° 1, p. 25 ; *Rev. Neurol.*, 148, 1925.
12. von Thurzo. — *Pseudoneurotische*, Symt. zeigende Fälle von E. C., edit. Karger, Berlin, 1929.
13. Marinesco. — *Rev. Neurol.*, 148, 1925.
14. Buscaïno. — *Riv. Patol. Nerv. e Ment.*, **39**, 33, 1932.
15. Westphal. — *Deutsche Med. Woch.*, **51**, 210, 1924.
16. Stern. — *Die Encephalitis epidemica*, édit. Springer, Berlin, 1922.
17. Delbeke et van Bogaert. — *Encéphale*, **23**, 855, 1928.
18. Helsmoortel et Ludo van Bogaert. — *Rev. Neurol.*, 1, 980, 1927.
19. Delbeke et Ludo van Bogaert. — *Encéphale*, **23**, 862, 1928.
20. Ludo van Bogaert. — *Journ. Psych. Neurol.*, **27**, 428, 1927.
21. Ludo van Bogaert. — *Journ. Neurol. Psych.*, **27**, 432, 1927.
22. Wilder *et* Silbermann. — *Beiträge zur Tic-problem*, edit. Karger, Berlin, 1927, p. 75.
23. Marinesco, Sager et Kreindler. — *Arch. f. Psych.*, **96**, 473, 1932.
24. Heinar-Henriksen. — *Norsk. Magaz. f. Laegivd*, **84**, 229, 1923.
25. Wimmer. — *Hospitalstidende*, **69**, 1009, 1926.
26. Naville. — *Arch. de Psychol.*, **19**, 1925, p. 41.
27. De Massary. — *Les symptômes neurovégétatifs dans le syndrome post-encéphalitique.* Paris, Soc. Impr. et Edit., 1924.
28. Tinel. — *Prat. Med. Franç.*, **6**, 259, 1927.
29. Wimmer. — *Hospitalstidende*, **96**, 1012, 1926.
30. Wimmer. — *Chronic Epidémic Encephalitis*, edit. Levin et Munksgaard, Copenhague, 1924.
31. Imbert. — *L'hystérie et les états striés post-encéphalitiques*, édit. Bosc et Riou, Lyon, 1931.

32. C. et O. Vogt. — *Sitzb. Heidelberger Akad. Wiss. Math.,* Nat. Kl. Abt. B., 1919.
33. Buscaïno. — *Riv. Psicol.,* **3**, 4, 1920.
34. Buscaino. — *Biologia delle vita emotiva,* edit. Zanichelli, Bologna, 1921.
35. Jakob. — *Die Extrapyramidale Erkrankungen,* edit. Springer, Berlin, 1923.
36. Schilder. — *Z. ges. Neur. u. Psych.,* **74**, 450, 1922.
37. G. Boschi. — *Giorn. Psych. clin. e tecn. Manic.,* p. 163, 1923.
38. R. Bing. — *Schweiz. Arch. f. N. u. Psych.,* **18**, 163, 1926.
39. Papastratigakis. — *Encéphale,* **23**, 116, 1928.
40. Rothfeld. — *Z. f. d. ges. N. u. Psych.,* 114, 281, 1928.
41. Guttmann. — *Arch. f. Psych.,* **79**, 498, 1927.
42. Souques. — *Rev. Neurol.,* 6, 1921.
43. Jarkowski. — *Kinésie paradoxale des Parkinsoniens,* édit. Masson, Paris, 1925.
44. Erdelyi. — *Wien. Arch. Inn. Med.,* **15**, 38, 1928.
45. Markelow. — *Z. f. die ges. N. u. Psych.,* 632, 1930.
46. Levinger. — *Monatschr. f. N. u. Psych.,* 340, 1923.
47. Pienkowski. — *Rev. Neurol.,* 25, 989, 1, 1925; *Neurol. Polska,* 8, 271, 1925.
48. Kinnier Wilson. — *Brain,* **43**, 328, 1920.
49. Claude et Baruk. — *Encéphale,* **23**, mai 1928.
50. Moser. — *Arch. f. Psych.,* **72**, 259, 1923.
51. Cassirer cité par Guttmann. — *Forschr. der Neurol.,* **4**, 82, 1926.
52. Ludo van Bogaert. — *Journ. Belge Neurol. Psych.,* **26**, 422, 1926.
53. Laruelle, Verstraeten, De Vos et Lausweert. — *Journ. Belge Neurol. Psych.,* **33**, 59, 1933.
54. Kauders. — *Med. Klin.,* n° 31, 1077, 1923.
55. Kinnier Wilson. — *Croonian Lectures,* 1925, Lancet, 4-11-25 juillet, 1-8 août 1925.
56. K. Goldstein. — *Zbl. f. Nerv. u. Psych.,* **63**, 733, 1932.
57. P. Schilder. — *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.,* **74**, 454, 1922;
58. Hamburger. — *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.,* **85**, 210, 1923.
59. Tournay et Lhermitte. — *Rev. Neurol.,* 1, 751, 1927.
60. H. Roger. — *Les troubles du Sommeil,* édit. Masson, Paris, 1932.
61. Tournay. — *Sémiologie du Sommeil,* édit. Doin, Paris, 1932.
62. Alajouanine et Baruk. — *Progrès Médical,* n° 24, avril 1926.
63. Kinnier Wilson. — *Brain,* **51**, 63, 1928.
64. Gillespie. — *Journ. Neur. a. Psychopath.,* juillet 1927, cité par Wilson (63).
64. Mangold. — *Hypnose und Katalepsie bei Tieren,* ed. Fischer, Iéna, 1914.
65. Verworn. — *Beitr. z. Physiol. des Z.N.S.,* ed. Fischer, Iéna, 1898.
66. Trömner. — *Grenzfr. des Nerven. u. Seelenleben,* 1922, H. 34.
67. Schilder. — *Ueber des Wesen der Hypnose,* 2e édition, édit. Springer, Berlin, 1926.
68. Schilder et Gerstmann. — *Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.,* **58**, 61, 1920.
69. Schilder et Kauders. — *Lehrbuch der Hypnose,* édit. Springer, Berlin, 1920.

70. Spat. — *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, **74**, 22, 1922.
71. Bonse. — *Intern. Alkol. Kongr. Ber. Vienne*, 101, 1901.
72. Kaufmann. — *Suggestion und Hypnose*, édit. Springer, Berlin, 1920.
73. Kronfeld. — *Psychothérapie*, édit. Springer, Berlin, 2e édition, 1925.
74. Heilig et Hoff. — *Med Klin.*, n° 5, 1925.
75. Landauer. — *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, **39**, 110, 1918.
76. Kinnier Wilson — *Modern Problem in Neurology*, édit. Arnold, Londres, 1928, p. 40.
77. Baruk et Lagache. — *Ann. Méd.-Psych.*, n° 2, février 1933.
78. Baruk. — *Journ. Belge Neurol. Psych.*, **33**, 139, 1933.
79. William et Thenon. — *Semaine Méd.*, **2**, 935, 1931.
80. Redlich. — *Nervenartz*, **2**, 1, 1929.
81. Störring. — *Monatschr. f. Neurol. u. Psych.*, **75**, 247, 1930.
82. Guttmann. — *Z. f. d. g. Neur. u. Psych.*, 119, 377, 1929.
83. Frankel — *Festschr. Rauschburg*, p. 355, 1929.
84. Laruelle et Heernu. — *Journ. Belge Neur. Psych.*, **30**, 159, 1930.
85. Claude et Baruk. — *Encéphale*, **26**, 1, 1931.
86. Souques. — *Sem. des Hôpitaux*, 31, 1, 1928.
87. Baruk. — *Sem. des Hôpitaux*, 15, 7, 1930.
88. Sterling. — *Rocznik. Psych.*, 2, 3, 1926 ; *Rev. Neurol.*, 1926, p. 484.
89. Rouquier. — *Gaz. Méd. Est.*, 1er juillet 1934.
90. Loewy. — *Monatschr. f. Nerv. u. Psych.*, **52**, 177, 1922.
91. Barré. — *Rev. Neurol.*, juin 1926 ; *Rev. Neurol.*, 1270, 1932 ; *Livre Jubil. Marinesco*, 1933.
92. Chiray et Pavel. — *Nouveau Traité de Médecine*, vol. 21, 1929, p. 405.
93. Ludo van Bogaert et P. Martin. — *Encéphale*, **1**, 12, 1929.
94. Gerstmann et Schilder. — *Wien. Med. Woch.*, n° 3, 1926.
95. Gerstmann. — *Wien. Klein. Woch.*, 36, 1927.
96. Ludo van Bogaert. — *Ann. Méd.-Psych.*, n° 4-5, novembre et décembre 1934.
97. Bonhoeffer. — *D. Z. f. Nervenhlk.*, 657, 1904.
98. Benedikt. — *Wien. Klin. Woch.*, 66, 1907.
99. Muskens. — *Epilepsie*, édit. Springer, Berlin, 1926.
100. Redlich. — *Monatschr. f. Neur. u. Psych.*, **68**, 453, 1928.
101. Foerster. — *Die Leitungsbahnen der Schmerzgefühls*, édit. Urban und Schwarzenberg, Berlin, 1927.
102. Vierheller. — *Monatschr. f. Neur. u. Psych.*, 53, 193, 1923.
103. Kinnier Wilson. — *Modern Problem in Neurology*, p. 210 et suiv.
104. *Rev. Neurol.*, 1169 et suiv., 1930.
105. Froment. — *J. Méd. Lyon*, 20 juin 1934.
106. Cannon. — *Encéphale*, **30**, 308, 1930.
107. Bénech et Meunier. — *Rev. Méd. Est*, 49, 642, 1921.
108. Radovici. — *Rev. Neurol.*, 1164, 1930.
109. Baruk. — *Gaz. Méd. France*, n° 1, janvier 1931.
110. Obayashi. — *Kurasiki Z. hosp.*, **6**, 95, 1932.
111. Karplus. — *Wien. Klin. Woch.*, n° 36, 1927.
112. Ellis. — *Guy's Hospit. Rep.*, **80**, 26, 1930.
113. Ricci. — *Policlinico*, **1**, 306, 1929.
114. Janet. — *Névroses et Idées fixes*, édit. Paris, 1898, p. 223-326.

115. Cl. Vincent. — *Troubles réflexes*, p. 733 à 750 ; *Traité de Path. Méd.*, édit. Maloine, Paris, 1924.
116. Cl. Vincent. — Hystérie. *Traité de Path. Méd.*, édit. Maloine, Paris, 1924.
117. Horsch — *Beitr. z. Klin. Chir.*, **159**, 515, 1934.
118. Sterling. — *Szkola Spic.*, **5**, 147, 1929.
119. Mumford. — *Brit. J. Dermat.*, **41**, 478, 1929.
120. Spiller. — *J. of Neurol.*, **9**, 113, 1928.
121. Marinesco, Nicolesco et Jordanesco. — *Journ. de Psych.*, **25**, 546, 1928.
122. Kinnier Wilson. — *Modern Problem in Neurology*, édit. Arnold, Londres, 1928.
123. Kinnier Wilson. — *Proc. roy. Soc. Méd.*, février 1909.
124. Castex. — *Presse Médicale*, 26, 277, 1924.
125. Lange, cité par Schindler (126).
126. Schindler. — *Nervensystem und Spontaneblutungen*, édit. Karger, Berlin, 1927.
127. Masoin. — *Sainc-Luc Médical*, n° 5, 1934.
128. Bolten. — *Monatschr. f. Nervenheilk*, **51**, 1, 1922.
129. Bettmann. — *Nervenarzt*, **1**, 513, 1928.
130. Balduzzi. — *Encéphale*, 145, 1928.
131. Karplus et Kreidl. — Cité par Karplus.
132. Westphal. — *Zbl. f. N. u. Psych.*, **39**, 146, 1920.
133. W. E. Hess. — *Schweiz. Arch. Neurol.*, **16**, 1, 2, 1925.
134. A. Monnier. — *Nervenarzt*, **7**, 350, 1934.
135. A. Bielschowsky. — *Graefes Arch.*, **46**, 1898.
136. Pötzl. — *Jahrb. f. Psych. vol.*, 37, 1924.
137. Gerstmann et Kerstenbaum. — *Z. f. d. g. N. u. Psych.*, **128**, 1930.
138. Adie. — *Brain*, 257, 1926.
139. Miller. — *Brain*, 624, 1927.
140. Pitres. — *Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme*, édit. Doin, Paris, 1891.
141. Baruk, Tinel et Lamache. — *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, p. 1421, oct. 1928.
142. Baruk, Tinel et Lamache. — *Encéphale*, **23**, 337, 1928.
143. Levine. — *Arch. of Neur. a. Psych.*, **32**, 1286, 1934.
144. Bechterew. — *Z. f. d. g. N. u. Psych.*, **110**, 695, 1927.
145. Oppenheim. — *Monats. f. Psych. u Neur.*, **14**, 241, 1903.
146. White et Plaskelt. — *Amer. Vet. Rev.*, **28**, 556, 1904.
147. Gerstmann. — *Arch. f. Psych. u. Neurol.*, **76**, 766, 1926.
148. Zingerlé. — *J. Psychol. Neurol.*, **31**, 400, 1925.
149. Ludo van Bogaert et Paul Martin. — *Rev. Neurol.*, 472, 1928.
150. Bernheim. — L'hystérie. *Encycl. Scientif.*, édit. Doin, Paris, 1913, p. 132.
151. Spiegel. — *Die Zentren des autonomen Nervensystem*, édit. Springer, Berlin, 1928.
152. Hirsch. — *Monats. f. Psych. u. Neurol.*, 62, 125, 1926.
153. Wilson. — *Brain*, **43**, 220, 1920.
154. Baruk. — *Rev. Neurol.*, décembre 1934.
155. Rouquier. — *Strasbourg Médical*, 15, 12, 1930.

156. Rouquier. — *Ann. de Méd.*, **41**, 528, 1930.
157. R. Delmas. — *Tremblement hystérique*, édit. Doin, Paris, 1894.
158. Friedlander. — *Med. Klin.*, 17, 906, 1921 ; 18, 179, 1922.
159. Pelnar. — *Das Zittern*, édit. Springer, Berlin, 1913, p. 60-98.
160. Soederbergh. — *Hygeia*, 87, 46, 1925.
161. Filippi. — *Arch. Ital. Otol.*, 32, 6, 1921.
162. R. Nyssen et Dellaert (*à paraître dans la « Presse Médicale »*).
163. Berliner, Hoff et Schilder. — *D. Z. f. Nervenheilk.*, **91**, 241, 1926.
164. Schilder. — *Z. f. d. g. N. u. Psych.*, **47**, 375, 1919.
165. Pollak et Schilder. — *Jahrb. f. Psych. u. Neurol.*, **44**, 40, 1925.
166. Ludo van Bogaert. — *Presse Médicale*, 7 déc. 1929.
167. Enriquez, Guttmann et Rouvière, cité par Chiray et Pavel. — *Traité Méd.*, édit. Masson, Paris, vol. 21, p. 427, 1927.
168. Rouquier. — *Gaz. Méd. France*, 1er mai 1934.
169. Nyssen. — *Journ. de Neurol.*, 420, 1926.
170. Cruchet. — *C.R. Soc. Biol.*, **58**, 286, 1905.
171. Wilbrand-Saenger. — *Neurol. der Auges.*, édit. Bergmann, 1927, p. 168.
172. Schieck-Büchner. — *Kurzes Handb. Opht.*, édit. Springer, Berlin, 1931, vol. 6-832.
173. Loewenstein-Westphal. — *Exp. Klin. Stud. z. Physiol. Pathol. Pupillenbewegungen*, édit. Karger, Berlin, 1933.
174. Nyssen. — *Journ. belge Neurol.*, 261, 263, 1931.
175. Veraguth et Brunschweiler. — *Rev. Neurol.*, déc. 1918.
176. Levine. — *Bull. Johns Kopkins Hosp.*, **46**, 331, 1930.
177. Loewenstein. — *Experimentelle Hysteriehlehre*, édit. Cohen, Bonn, 1923.
178. Schilder. — *Psychoanalytic Review*, **18**, 1, 1931, p. 9.
179. Sears. — *J. Exp. Psychol.*, **15**, 1, 1932.
180. Sears et Cohen. — *Arch. of Neurol.*, **29**, 260, 1933.
181. Foerster, Altenburger et Kroll. — *Verhandbl. D. Neurol. Ges. Wurzburg*, 1929.
182. Hurst. — *The Psychology of special sense and their functional disorders.* Oxford, Univ. Publications, 1920.
183. Hull. — *J. Abn. and Soc. Psych.*, **25**, 200, 1930.
184. G. Campora. — *Brain*, **48**, 65, 1925.
185. Graham Brown et R. Stewart. — *Lancet*, 1918, 18 mai, p. 702.
186. Cohn et Emmanuel. — *Neurol. Zbl.*, 1912, *rappelé dans Lancet*, p. 706, 1918.
187. Sollier. — *Traité de Neurologie de guerre*, édit. Alcan, Paris, p. 591 et suivantes.
188. Déjerine. — *Sémiol. des affections du système nerveux*, édit. Masson, Paris, 1914.
189. Rouquier. — *Strasbourg Médical*, 1930 ; *Bull. Méd. Soc. Méd. Hôp. Paris*, juin 1921, n° 21.
190. Rouquier. — *Gaz. Hôpitaux*, n° 95-26, nov. 1933, p. 1759 ; *Gaz. Hôp.*, 21 oct. 1931 ; *Rev. Neurol.*, 1-3-1928, p. 383-729, 18-2-1932 ; *Gaz. Méd. de l'Est*, 15-5-1934.
191. J.-A. Barré. — *La Médecine*, 366, 1923.

192. J.-A. Barré. — *La Presse Médicale*, 14, 49, 1919 ; 5, 10, 1921.
193. Rouquier. — *Gaz. des Hôpitaux*, 366, 1923.
194. Wilson. — *Journ. of Neurol. Psychopathol.*, 193, 1931.
195. Lange. — *Zbl. f. Neur. u. Psych.*, **47**, 249, 1927.
196. Wilson. — *Modern Problems in Neurology*, édit. Arnold, Londres, 1928, p. 188.
197. Beevor. — *Muscular Movements and their representation in the Central Nervous System. Croonian Lectures*, 1904.
198. Domaszwik. — *Polska Gazlek*, 1, 29, 589, 1922.
199. Noica. — *Rev. Neurol.*, 38, 75, 1931.
200. Davison, Bieben. — *Arch. of Neurol. a. Psych.*, **32**, 963, 1934.
201. Kennard, Viets et Fulton. — *Brain*, **57**, 69, 1934.
202. Fulton. — *Journ. Amér. Méd. Assoc.*, **104**, 357, 1935.
203. Claparède. — *Arch. de Psych.*, **21**, 113, 1928.
204. Claude et Lhermitte. — *Presse Méd.*, janvier 1918.
205. Marinesco. — *Semana Méd.*, 155, 3, 1, 1930 ; *Rev. Neurol.*, 1, 728, 624, 1931 ; *Journ. Neurol. Psych.*, **32**, 33, 1932 ; *Encéphale*, **28**, 671, 1933.
206. Pawlow. — *Encéphale*, **28** 285, 1933.

DISCUSSION DU RAPPORT DE NEUROLOGIE

Le Pr. LAIGNEL-LAVASTINE (de Paris) est submergé par le nombre et l'importance des faits et des idées réunis avec maîtrise par M. Van Bogaert dans son excellent rapport. Généraliser après lui est dangereux. Aussi est-il plus prudent d'envisager seulement quelques faits et des questions particulières.

M. Laignel-Lavastine a le premier, en 1921, à la réunion neurologique annuelle, présenté un encéphalitique avec cortège neuro-végétatif très marqué.

Les paroxysmes épileptiques dégradés par les barbiturates permettent une analyse physio-toxique de troubles voisins du pithiatisme.

La variabilité clinique selon les conditions de l'ambiance n'est pas spéciale au pithiatisme ; on l'observe souvent chez des organiques.

« Le caractère paradoxal de la répartition ou de la dissociation des troubles sensitifs n'implique pas nécessairement leur origine hystérique », dit le rapporteur. Au contraire, le pithiatique est logicien comme un enfant et sa sémiologie est grossière.

Très justement M. Van Bogaert dit (p. 193) que dans les jours qui suivent l'installation d'un trouble hystérique, l'état général s'améliore. C'est la démonstration de la valeur cathartique de certaines expressions morbides et une opinion nettement hippocratique.

L'hyperthermie existe, exempte de fraudes et en rapport avec des troubles vaso-sympathiques liés en général à l'hyperthyroïdie. Voir la thèse de Mme Hovelacque et des travaux récents.

L'anorexique mental, bien isolé médicalement de sa famille, guérit en général méthodiquement avec progression pondérale régulière. Mais il faut se méfier des erreurs de diagnostic et aussi, quand le cas est ancien, de perturbations digestives quelquefois graves secondaires à la persistance de la sous-alimentation.

L'absence de saignement par piqûre au niveau d'une hémiplégie pithiatique peut tenir, comme dans le cas signalé hier, à une vaso-constriction unilatérale antérieure au trouble pithiatique. Si elle lui est secondaire, il faut admettre alors que le sujet, arrêté dans son évolution, n'a pas une différenciation, aussi poussée que le normal, de son système sensorio-moteur de relation et de son système nerveux de nutrition. Par l'exercice on peut d'ailleurs étendre le domaine volontaire. Quant aux ecchymoses, elles sont souvent facilitées par une avitaminose résultant du jeûne.

Des manifestations pupillaires peuvent tenir au tempérament et en permettent le diagnostic. L'hippus physiologique, étudié par Bailliart avec la loupe irienne, présente deux grandes variétés : dans l'une la dilatation est plus vive et plus ample que le rétrécissement, il s'agit d'hyperorthosympathiques. Chez d'autres, c'est l'inverse : ce sont des vagotoniques.

Enfin, M. Van Bogaert peut être rassuré. Cette discussion n'entame en rien l'œuvre de Babinski. Au contraire, il aurait été heureux d'y assister et c'est en la poursuivant dans un esprit clinique, fait de prudence, de patience, de conscience, de précision, de critique et de clarté, qu'on a le plus de chances de s'approcher de la vérité.

Pr. R. Nyssen (de Gand). — M. Van Bogaert, dans son rapport très remarquable et très documenté, a réservé une place importante aux réactions sympathiques aux excitations douloureuses et à la conservation de ces critères objectifs dans les cas d'anesthésie sensorielle ou d'analgésie d'origine centrale. Il a rapporté les conclusions de Veraguth et Brunschweiler, de Lévine, de Loewenstein et les nôtres. Je suis très sensible à cet honneur et je l'en remercie cordialement.

Toutefois l'esprit d'objectivité qui caractérise son travail des plus fouillés a dicté à notre éminent rapporteur des réserves à cette question. En effet, M. van Bogaert cite aussi quelques auteurs dont les observations sont divergentes de celles citées plus haut et empêcheraient de trancher le problème envisagé. Qu'il me soit permis de ne pas partager ce doute et de revenir sur cette question que je considère comme des plus importantes.

Elle a trait à toute une série d'indices somatiques : réactions pupillaires, respiratoires, cardiaques, artério-tensionnel-

les, pléthysmographiques, psychogalvaniques et autres. Leur conservation ou leurs modifications qualitatives ou quantitatives ou la suppression éventuelle de ces réactions constituent des critères précieux dans l'étude et l'interprétation physiopathologique de certains processus cérébraux et en l'occurrence de l'analgésie hystérique.

M. van Bogaert cite l'observation de Schilder et Angel qui ont décrit un cas d'hystérie où la réaction hypertensive à la douleur ne se produisait pas du côté anesthésique, alors qu'elle était nette du côté sain. Nous devons en convenir qu'un cas isolé comme celui des auteurs américains n'est pas à même de nous convaincre quand nous envisageons les nombreux résultats concordants d'autres chercheurs. Ils semblent d'ailleurs avoir négligé de contrôler leurs constatations quand le membre anesthésié de leur malade eut récupéré momentanément sa sensibilité normale et avoir négligé aussi de vérifier si des excitations douloureuses plus intenses que celles que leur malade était capable de supporter au côté normalement sensible, n'auraient pas déterminé des réactions de tension sanguine. Car il n'y a pas de doute que l'absence de sensation consciente et surtout l'absence d'émotion concomitante sont non seulement appelées à réduire l'intensité des réactions, mais aussi à élever sensiblement le seuil de la réactivité sympathique aux excitations sensitives ou sensorielles. Ce dernier fait a été constaté par plusieurs auteurs, tels que Beuttenmüller, Henner, Lévine, Loewenstein, Sears et nous-même. C'est aussi le fait d'avoir négligé ce facteur ou de ne pas l'avoir entrevu qui a fait commettre à Curschmann l'erreur de conclure que les excitations douloureuses exercées sur des régions analgésiques par hystérie ne s'accompagnent pas d'élévation de la pression artérielle.

Il n'y a d'ailleurs pas que l'absence de sensation et d'émotion conscientes qui intervient dans la réduction de la réactivité tensionnelle et dans l'élévation du seuil de cette même réactivité, car des contractions musculaires plus ou moins généralisées et les modifications respiratoires concomitantes sont par elles seules déjà capables d'augmenter la pression artérielle. Or ces réactions musculaires et respiratoires diminuent ou cessent quand la douleur n'est plus consciente.

Quant à l'observation de Sears, signalée également par M. van Bogaert, j'estime que les constatations de cet auteur ne sont nullement en discordance avec la généralité des

auteurs qui se sont occupés de la question : Sears, en effet, n'a pas observé d'*absence* de réaction respiratoire aux excitations douloureuses non ressenties par son sujet hystérique, mais simplement une *réduction* très appréciable de cette réaction comparativement à celle obtenue du côté symétrique et normalement sensible. Cet auteur avait d'ailleurs déjà fait la même constatation pour les réactions psychogalvaniques cutanées dans des cas d'analgésie par hypnose.

Nous pouvons donc conclure que la très grande majorité des constatations établissent de la façon la plus concordante que si l'absence de sensation et d'émotion conscientes peut réduire l'intensité des réactions sympathiques à la douleur, les épiphénomènes conscients ou affectifs qui accompagnent les excitations sensitives intenses ne sont nullement indispensables à la production des réactions vasomotrices, psychogalvaniques ou autres. Et comment pourrait-il en être autrement quand on constate par ailleurs et d'une façon unanime que des lésions ou des perturbations avérées des étages thalamique ou suprathalamique, entraînant de l'analgésie, n'abolissent précisément pas ces réactions aux excitations douloureuses. Ce fait a été établi chez l'animal décérébré ou profondément anesthésié par F. Franck, C. Amsler, Karplus et Kreidl, Grützer, Heidenhain et Kabierski, Vincent et Cameron, Ogata et Vincent, Pearcy, Frank et Van Liere, et nous-même, et chez l'homme insensible par lésion cérébrale ou par narcose profonde par Richet, Veraguth et Brunschweiler, Cook et Briggs et nous-même.

Nous venons de constater dans mon laboratoire de nouveaux faits encore inédits, mais confirmant entièrement ceux que nous venons de vous énumérer. En effet, des excitations olfactives et tactiles nous ont donné, chez 8 sujets normaux, mais pendant un sommeil profond amorcé par du bromure et du chloral, des réactions pléthysmographiques absolument semblables à celles obtenues chez les mêmes sujets à l'état de veille. Pendant leur sommeil, ces sujets n'ont présenté aucune réaction mimique, et au réveil ils ignoraient absolument tout des excitations auxquelles ils avaient été soumis.

Je poursuis en ce moment, en collaboration avec le Dr Busschaert, la recherche des réactions artériotensionnelles aux excitations douloureuses chez des paralytiques généraux totalement ou presque totalement insensibles à des excitations douloureuses même très intenses. Chez ces sujets aussi, nous

avons relevé d'une façon presque constante des augmentations très marquées de la pression artérielle, allant jusqu'à 20 mm. de Hg. Il est vrai que les excitations par forcipression que nous leur appliquons à l'extrémité d'un doigt sont très intenses, mais pendant cette application ils restent impassibles et l'absence de toute réaction verbale ou mimique témoigne de leur inconscience du caractère douloureux de l'excitation.

Messieurs, si je n'ai pu m'abstenir de m'arrêter au passage du rapport de M. Van Bogaert, relatif aux réactions sympathiques à la douleur et de le souligner, c'est parce que la réalité et la constance de ces réactions me paraissent d'une importance capitale au point de vue et de la physiopathologie et de la sémiologie des troubles sensitifs hystériques.

En effet : 1° leur conservation n'exclut nullement la réalité, ne doit même pas exclure l'organicité de ces troubles, puisque ces réactions ne s'abolissent même pas dans les analgésies par perturbation et même par lésions cérébrales très avérées ;

2° leurs modifications quantitatives témoignent de la réalité physiopathologique des analgésies hystériques et les différencie de l'inhibition voulue, des analgésies simulées.

Pr. Henri Claude (de Paris). — Le rapport si documenté de notre collègue Van Bogaert tend, d'une façon générale, à faire ressortir les analogies entre une série de manifestations nerveuses à base organique et un grand nombre de troubles sensitifs, moteurs, neuro-végétatifs et surtout psychomoteurs que l'on rattache à l'hystérie en raison du rôle générateur et surtout curateur de la volonté sur ces phénomènes. Toutefois, le rapporteur ne manque pas de faire ressortir dans son étude très fouillée à propos de l'examen de tous ces accidents d'origine organique, le rôle relatif de l'activité volitionnelle ce qui est aussi un caractère commun aux deux catégories d'accidents.

Il eût été particulièrement intéressant de montrer dans quelles conditions, dans la plupart de ces syndromes organiques, la volonté plus ou moins consciente est susceptible de modifier les apparences extérieures, comme c'est le cas habituel dans l'hystérie. A ce propos, nous ferons remarquer que l'étude des réactions biologiques que nous avons déjà depuis longtemps commencé à instituer avec Baruk et avec Porak donne, encore plus que les caractères cliniques, des indications intéressantes sur la pathogénie des accidents hystériques.

En tous cas, la thèse soutenue par M. Van Bogaert a du moins le mérite de montrer que la formule de l'accident hystérique rentre bien dans le cadre des activités fonctionnelles transformées telles qu'en engendrent les lésions de certains systèmes physiologiques et ne relèvent pas purement et simplement des agissements intentionnels d'un psychisme imprégné de tendances imaginatives ou de buts tendancieux. Qu'il y ait chez beaucoup de ces sujets des facteurs particuliers, témoignant de l'intérêt ou de la simulation, qu'il y ait aussi chez quelques-uns un fond de débilité mentale expliquant cette psycho-plasticité, c'est exact ; qu'une interprétation judicieuse puisse faire rentrer dans la symptomatologie de la mélancolie, de la dépression ou de l'hyperactivité hypomaniaque certains symptômes, nous l'admettons encore volontiers ; mais cette discrimination limitative effectuée, il reste encore un nombre assez considérable de cas dans lesquels les manifestations pathologiques revêtent des caractères assez typiques. Ceux-ci peuvent être considérés comme l'expression de l'état morbide que nous regarderons comme hystérique, les distinguant du groupe des phénomènes purement interprétatifs, dus à une suggestion superficielle, à quoi nous réservons le nom de pithiatisme.

Reste à rechercher pourquoi, comme le dit très justement M. Van Bogaert la meilleure voie d'approche neurologique de l'hystérie est encore « l'étude des syndromes organiques surgis très récemment sur les confins ».

En dehors de l'élément curateur de la persuasion, qui reste, en partie, le caractère propre à la manifestation hystérique, pouvons-nous expliquer celle-ci par un mécanisme qui, d'une part, met en avant un système anatomo-physiologique comme élément de fond de l'extériorisation des phénomènes et, d'autre part, un élément, sinon organique proprement dit, mais plutôt *dynamique* qui actionnerait d'une façon occasionnelle certains systèmes organiques.

Comme l'a justement rappelé Baruk, Charcot avait émis l'opinion que des perturbations psychiques, en dehors de la volonté des sujets, pouvaient engendrer des troubles moteurs simulant des maladies organiques « bien qu'elles ne soient autres que des paralysies *dynamiques,* psychiques, fort analogues pour le moins aux paralysies hystériques ».

Dans cet ordre d'idées, nous rappellerons qu'il y a 30 ans (1907), au Congrès de Genève-Lausanne, nous avions déjà insisté sur le caractère particulier de la constitution hystéri-

que qui nous apparaissait comme liée « à un défaut de régulation des processus réflexes élémentaires psychiques ou organiques... sur la faculté propre au sujet d'isoler d'une façon consciente ou inconsciente certaines perceptions ou aperceptions ou de leur laisser prendre, pendant un temps plus ou moins long, en dehors de l'activité psychique supérieure, une importance telle qu'elles exercent une action *dynamogénique* considérable sur certaines fonctions ». Cette formule fut complétée et condensée ultérieurement dans mon *Traité de Pathologie nerveuse* (1922) sous la forme suivante : « L'hystérie est un état constitutionnel, qui tire son origine d'un trouble préalable de l'émotivité en relation lui-même avec un substratum *endocrino-sympathique...* Elle est caractérisée par la capacité que possède le sujet *d'isoler* et de *fixer* de façon durable, certaines manifestations de l'activité motrice, sensitivo-sensorielle ou psychique en dehors de toute intervention apparente de la volonté et de la conscience. Les manifestations peuvent disparaître rapidement par la suggestion ou la persuasion *qui n'interviennent qu'en permettant à la conscience du sujet de prendre une notion plus exacte de la réalité.* » (p. 814).

Aussi souscrirai-je très volontiers aux conclusions de notre collègue Van Bogaert quand il déclare : « L'hystérie est évidemment un déséquilibre *endocrino-végétatif* grave, mais que rien ne permet de séparer des autres maladies du même ordre... L'essentiel du trouble hystérique n'est pas là. Il réside dans une fragilité particulière de toutes les fonctions d'interprétation, telles que sous l'effet d'émotions, pour un sujet sain, subliminales, se réalisent chez lui des *dissociations neuronales* qu'il est incapable ultérieurement de dominer, abandonné à ces seules énergies. »

Je suis donc complètement d'accord avec le rapporteur sur cette « *fixation d'attitude* », née sous l'influence d'écarts considérables du fonctionnement du système nerveux normal (émotion, commotion).

Ce processus d'isolement et de fixation d'origine psychique des troubles psychiques ou de dissociation sur lesquels j'ai insisté encore en 1918 avec Lhermitte avait déjà été entrevu par Sollier, et ce fut aussi la conception de Binet et Simon qui avaient parlé dans l'hystérie « d'un *état de séparation de conscience* par lequel le sujet reste étranger, au point de vue perception, mémoire, jugement et volonté, aux phénomènes qui se produisent en lui, à la faveur de son extrême suggesti-

bilité, et qui aboutissent à une réalisation complète ». Chaslin a développé la même idée.

Ceci nous amènerait donc à considérer les manifestations de l'hystérie psychique et des phénomènes mentaux de nature nettement différenciée qui n'ont pas été l'objet de l'étude des rapporteurs, et qui mériteraient d'être soumis à une analyse de même ordre que les phénomènes de l'hystérie dans ses rapports avec les états neurologiques. Il ne m'est pas possible d'aborder cette question des *schizoses* ou des états schizopathiques, que j'ai déjà ébauchée dans mon rapport au Congrès de Genève et repris dans une série de communications. Il n'est pas douteux toutefois que les analogies des manifestations hystériques avec les états maniaques, schizophréniques et psychasthéniques dénotent certaines similitudes et certaines parentés, comme les relations de l'hystérie neurologique avec les phénomènes nerveux organiques.

Ceci prouve l'existence de nombreuses affinités sur le terrain de la pathologie générale, et les rapports fréquents de processus pathogéniques de même ordre déterminant des syndromes cliniques qui ont leur caractérologie propre quoique dépendant de mécanismes psychiques différents dans leur nature. Ce sont ces mécanismes sur lesquels nous ne possédons pas des éléments de démonstration assez solides qui constituent l'état d'infériorité des neuro-psychiatres, tenant des conceptions psychologiques de l'hystérie, à l'égard des neurologistes qui s'appuient sur les constructions à base organique de certains syndromes pour écarter les névroses émotives et particulièrement l'hystérie du cadre des entités morbides bien classées.

M. van Bogaert a toutefois eu raison de mettre en relief, pour étudier le fond du sujet, l'intérêt qui s'attache à certains cas d'hémiplégie sensitivo-motrice flasque qui se présentent comme l'expression d'une sorte d'agnosie, étendue immédiatement à l'appareil moteur. « La reconstruction des fonctions s'y réalise dans un ordre hiérarchique. » Des travaux anglais sur ce sujet montrent bien en effet les rapports de la sensibilité profondément troublée primitivement avec les manifestations fonctionnelles : le torpillage curateur n'agit d'ailleurs qu'en rétablissant avant tout la sensibilité, beaucoup plus qu'il n'opère par la suggestion.

Mais il y a peut-être des faits plus suggestifs dans l'étude des dissociations fonctionnelles qui permettraient d'interpréter ceux-ci sur un plan d'ordre plus anatomo-physiologique.

M. Kleist, qui depuis longtemps s'est appliqué à l'étude des apraxies, puis Feuchtwanger, pensent, en s'appuyant sur l'étude anatomique de certaines blessures de guerre localisées, qui ont la valeur de faits expérimentaux, qu'en dehors des centres d'action des mouvements de la zone rolandique ou des centres de coordination régissant la posture, la parole ou la pensée, il existe des centres d'incitation (Antrieb) à ces diverses fonctions et que le manque d'entrée en action de ces centres (Mangel an Antrieb) engendrerait les divers troubles fonctionnels qu'ils décrivent sous le nom d'aspontanéité. Cette condition assez voisine de ce que nous avons décrit avec Baruk et Porak sous le nom de phénomène de la mise en train psychomotrice et dont nous avons enregistré graphiquement les variations ou les défaillances, mérite de retenir l'attention en nous conduisant à étudier les diverses manifestations hystériques sur le plan des altérations dynamiques de certains centres d'incitation et non plus de centres anatomiques différenciés altérés organiquement. Ceci expliquerait que le trouble fonctionnel puisse prendre les apparences de celui de la lésion organique sans en avoir tous les caractères physiologiques, car il s'agirait seulement d'une impression directrice émise par un poste qui n'a pas la valeur d'un véritable centre d'action, qui se rapproche de la formule du tout ou rien, c'est-à-dire que sa destruction ou son excitation comporte une série de symptômes positifs ou négatifs dont la constatation permet d'affirmer la mise en jeu d'un système anatomique bien déterminé. Le sujet susceptible de fixer la symptomatologie plus ou moins complète du désordre fonctionnel d'un système anatomo-physiologique déterminé, sous une influence volitionnelle non vigile, extérioriserait la capacité particulière de ces centres d'incitation à la mise en jeu des fonctions. J'ajouterai que Kleist a figuré dans son traité tout récent, *Gehirnpathologie,* la localisation de ces centres d'incitation, d'après ses observations et celles de plusieurs neurologistes qui admettent l'existence de ces conditions d'aspontanéité. Peut-être serait-il fructueux d'étudier les conditions pathogéniques de l'accident hystérique à la lumière de ces faits anatomo-cliniques.

Dr P. Courbon (de Paris). — Je ne saurais trop féliciter le rapporteur sur son rapport, sur l'abondance de sa documentation, sur sa critique judicieuse des faits, sur l'excellence de

sa méthode d'observation et sur la richesse de sa bibliographie. Ma discussion ne portera que sur quatre points : l'addition d'une fiche bibliographique, l'importance du chapitre des troubles de la sensibilité, l'importance du chapitre des troubles du sommeil, le rappel de la théorie de Sollier.

1° La fiche bibliographique à ajouter est l'article de Joanny Roux sur l'hystérie traumatique paru en 1910 dans l'*Iconographie de la Salpêtrière*. A ma connaissance, c'est la première fois que fut formulée l'hypothèse, reprise depuis et développée par d'autres auteurs dont les plus éloquents sont Kretschmer et Dide, que l'hystérie est un phénomène régressif, et que la mentalité hystérique fut la mentalité collective des peuples primitifs ou du moins de ceux qui furent esclaves. Roux y assimile l'hystérie au mimétisme.

2° Je ne saurais trop féliciter l'auteur d'avoir abordé l'étude des troubles de la sensibilité tout en déclarant qu'elle était hérissée de difficultés. On ne peut pas dissocier le mouvement de la sensibilité, car ils sont les deux éléments d'un même couple physiologique. Et les conclusions de M. Baruk seraient plus solides, elles seraient peut-être différentes, s'il n'eût pas systématiquement renoncé à considérer la sensibilité. M. Van Bogaert nous apporte la preuve que par des méthodes exemptes de suggestion on peut constater la réalité de perturbations sensitives importantes dans l'hystérie. C'est ce qu'a toujours soutenu Sollier, le mot hystérie s'appliquant aux états autres que le pithiatisme, états que M. Froment et d'autres voudraient maintenir inominés, ce que je leur concède, mais dont ils voudraient qu'on ne s'occupât plus, ce contre quoi je proteste.

M. Froment nous conseillait de déchirer les observations des malades qui ne cadrent pas avec les données actuelles d'une certaine science. Je crois au contraire qu'il faut étudier ces cas avec la plus grande attention et je suis sûr que si des observateurs comme lui, au grand sens clinique duquel je rends hommage, veulent les étudier, ils nous apporteront sur eux de précieuses clartés, cela même si on continue à appeler ces cas litigieux hystérie. La mauvaise dénomination « paralysie générale » n'a pas empêché en effet de bien connaître la méningo-encéphalite diffuse. Et, à ce propos, j'eûsse aimé entendre le Professeur Froment nous parler des troubles physiopathiques qu'il distingue si légitimement du pithiatisme.

3° Je félicite également le rapporteur pour son chapitre sur

le sommeil et je souligne le passage de ses conclusions où il rappelle que Sollier fut le premier à soutenir la comparaison de l'hystérie avec le sommeil.

4° Je voudrais, en terminant, rappeler moi-même la théorie physiologique de Sollier, vieille de bientôt 40 ans, comme le rappelait le professeur Claude à la dernière séance de la Société Médico-psychologique, et que corroborent si singulièrement les derniers travaux de Marinesco et de ses élèves, ainsi que ceux de Pavlow, comme le fait remarquer M. Ey dans une revue générale parue dans la *Gazette des Hôpitaux* de juin dernier, revue générale qui, par sa valeur, peut-être considérée comme un rapport complémentaire sur la question aujourd'hui discutée.

Pour Sollier, l'hystérie n'est que l'expression clinique d'un état biologique du cerveau analogue à celui du sommeil. Cet état d'engourdissement localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres nerveux se traduit, suivant que l'atteinte prédomine sur tel ou tel centre, par des manifestations vaso-motrices, trophiques, sécrétoires, viscérales, sensitives, sensorielles, motrices ou psychiques. Suivant ces variations, son degré et sa durée, cet état se manifeste par des crises et par des symptômes plus ou moins graves, tenaces ou paroxystiques. Cet état d'engourdissement n'étant jamais très strictement localisé déborde toujours sur la sphère psychique, ce qui explique que les troubles moteurs peuvent quelquefois paraître voulus.

En 1918, dans son traité de Neurologie de guerre, il écrivait: « L'hystérie est un trouble physiologique, résultat d'une tendance spéciale, constitutionnelle ou acquise du système nerveux à conserver des attitudes physiques ou mentales dans lesquelles le sujet se trouvait lorsqu'il a subi une émotion, ou un traumatisme, ou une maladie. » Il faisait remarquer que ce n'était ni à la nature, ni à l'intensité du traumatisme, mais au siège de son application qu'était due la forme flasque ou spasmodique prise par la paralysie traumatique. Les blessures siègeant aux extrémités des membres donnent des contractures, parce qu'intéressant surtout les terminaisons sensitives, la douleur provoque un mouvement de défense. Celles siègeant sur la racine donnent des paralysies flasques, parce qu'elles sidèrent le nerf moteur.

Il employait l'expression métaphorique de neuroplasticité, pour indiquer que ces sujets n'avaient pas la puissance de réac-

tion immédiate, nécessaire pour revenir spontanément à l'état normal. Et il préconisait les thérapeutiques physiques, notamment la mécanothérapie pour lutter contre cette plasticité.

Bien des faits ont, par la suite, prouvé la justesse de la théorie de Sollier qui a été souvent passée sous silence par ceux qui ne faisaient que répéter ce qu'il avait dit. C'est que, n'appartenant ni à l'université, ni aux hôpitaux, il ne disposait pas du poste officiel qui est le meilleur instrument pour engendrer le pithiatisme des lecteurs et pour multiplier les professions de foi d'autrui en la vérité de ce que l'on proclame.

Je viens de faire l'apologie de l'œuvre de Sollier, d'abord parce que je l'admire, ensuite parce qu'il n'est plus là pour la défendre. Il l'eût exposée avec une clarté si convaincante, lui qui, par ses fonctions de professeur à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique et de médecin parisien, symbolisait l'union amicale et scientifique des Belges et des Français, lui qui avait été un fondateur et un mainteneur acharné de l'union des aliénistes et des neurologistes dans notre Congrès, lui qui fut d'une assiduité toujours exemplaire à nos sessions.

Si je maîtrise mal mon émotion en évoquant sa mémoire, c'est qu'au milieu du peuple belge, peuple dont la raison ne méconnaît jamais les exigences du cœur, on aurait honte de refouler trop brutalement les élans avouables de son affectivité. Lorsque notre président sût qu'il devait prononcer un discours à Bruxelles, il choisit tout naturellement pour thème : la bonté. C'est une impulsion analogue à la sienne qui attise aujourd'hui ma piété filiale.

Dr Rouquier (de Nancy). — Je tiens à féliciter bien vivement M. van Bogaert de son beau travail si richement documenté et dont la bibliographie m'a appris toute sorte de détails précieux. Je ne lui cacherai pas que, bien que je connusse depuis longtemps les travaux de M. Marinesco, de M. Radovici, de M. Papastratigakis et les siens sur les rapports de certaines manifestations hystéroïdes avec les syndromes extrapyramidaux (j'ai même répondu dans l'*Encéphale* à celui de M. Papastratigakis) (1), le titre de son rapport quand je l'ai appris, m'a quelque peu surpris. Je ne me rendais pas très

(1) Rouquier et Darré. — Hystérie et syndromes extra-pyramidaux. *Encéphale,* 1928, p. 756.

bien compte de la façon dont on pouvait entrevoir une hémianesthésie sensitive pithiatique par exemple, ou une contracture en extension des membres inférieurs sous l'angle des syndromes diencéphaliques. Je connais, à l'heure actuelle, très exactement le point de vue de M. Van Bogaert, qui a fort judicieusement passé en revue la plupart des manifestations dites hystériques ou pithiatiques, et qui, en reconnaissant comme nous, l'exactitude de la conception générale de Babinski, s'attache à démontrer que toute sorte de troubles du type dit hystérique n'ont avec la suggestion que des rapports très éloignés, en ce qui concerne leur genèse, et relèvent en réalité de troubles fonctionnels, les uns, d'origine diencéphalo-mésencéphalique, sympathique ou vasculaire, les autres d'origine pyramidale déficitaire pure et peut-être préfrontale. Nous estimons qu'il n'est pas possible, à propos de manifestations aussi polymorphes et aussi nombreuses que celles qu'il a si brillamment passées en revue, d'échafauder une théorie générale de l'hystérie. S'il le veut bien, nous allons simplement examiner avec lui quelques points particuliers que nous avons spécialement étudiés.

Et tout d'abord, *la crise convulsive* du type dit hystérique ou pithiatique. Avec M. Marinesco, M. Wilson, tout en reconnaissant que la grande crise classique est devenue beaucoup plus rare qu'autrefois, parce que l'hystérie dite de culture a cédé la place à l'hystérie spontanée, M. Van Bogaert est frappé de ses ressemblances avec la rigidité décérébrée ; il estime que le complexe hyperkinétique qu'est l'accès opisthotonique exprime une libération d'un mécanisme mésencéphalique. Il nous permettra de lui faire remarquer que de nombreuses crises hystériques ou pithiatiques provoquées par la suggestion la plus légitime, et arrêtées par contre-suggestion douce ou énergique, se déroulent sans opisthotonos et qu'elles n'ont sans doute aucun rapport avec le mésencéphale ou le diencéphale, quel que soit leur mécanisme psycho-moteur ou physiologique. D'autre part, ayant lu actuellement notre récent mémoire de l'*Encéphale* consacré à l'étude d'un type clinique bien particulier de crise convulsive, plus hystéroïde qu'épileptique, mais indépendante de la suggestion, non curable par contre-suggestion, bien que considérablement influencée par les facteurs psychiques, il se rendra compte, que, s'il se rencontre plus souvent chez des malades présentant des hémitremblements avec ou sans antécédents encéphalitiques que

chez de grands parkinsoniens, il se rapproche beaucoup des crises qui ont été étudiées par lui-même, après Bernheim, chez des sujets atteints d'une tumeur de la fosse postérieure. Et pourquoi ne pas qualifier ce type de crise d'épilepsie striée, bien que nous ne puissions apporter en faveur de cette localisation que des arguments d'ordre clinique, puisque nos malades présentent des signes frustes de parkinsonisme et qu'on a observé des crises analogues chez de grands parkinsoniens ? Il ne s'agit là que d'une hypothèse, et d'une appellation commode, mais je suis convaincu que si M. Van Bogaert veut bien utiliser les manœuvres que nous avons décrites pour mettre en évidence d'une façon précoce une perturbation extra-pyramidale (1) (hémitremblement ou tremblement bilatéral des membres, mais prédominant d'un côté, exagération du phénomène idio-musculaire, asymétrie vasomotrice, précédant souvent les signes classiques de la rigidité parkinsonienne avec hypertonie posturale), il s'apercevra, lui qui connaît d'une façon si remarquable la question des crises convulsives, que ce type clinique, indépendant de toute association, a bien son individualité.,. Il y a, croyons-nous, des crises d'hystérie, qui ne sont pas des crises de nerfs, qui n'ont aucune relation avec la suggestion, ne peuvent disparaître par contre-suggestion ; ce sont des crises fonctionnelles, analogues à celle qu'ont si bien étudié MM. Tinel, Baruk et Lamache, mais en relations étroites avec la perturbation anatomique qui provoque des tremblements de type parkinsonien plus que cérébelleux. Il existe, avons-nous écrit, chez ces malades, un véritable dérèglement de l'émotivité. N'en existe-t-il pas un analogue chez ceux de Bernheim et de M. Van Bogaert ? Les noyaux gris centraux ne sont-ils pas des centres régulateurs psychiques, de l'aveu de tout le monde ? Nous ne voulons pas nous engager plus loin dans la voie des hypothèses ou des déductions, désireux de nous baser exclusivement sur l'observation rigoureuse des faits, mais refusant d'autre part de qualifier de pithiatiques des malades qui n'en sont pas, si on réfléchit au sens étymologique du mot, et qui ne sont pas davantage de vrais épileptiques. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'existe pas de crises convulsives pithiatiques vraies et des crises de nerfs : nous en observons très souvent.

---

(1) Manœuvres permettant de déceler d'une façon précoce une perturbation minime du système moteur extra-pyramidal. *Gazette des Hôpitaux* (2 août 1933).

Comme M. Van Bogaert, je suis d'avis qu'on rencontre, chez le vieillard ainsi que chez l'adulte, des astasies-abasies avec ou sans fausse trépidation plus ou moins accentuée, indépendantes de toute lésion organique, et susceptibles d'être guéries par contre-suggestion ou à l'aide de simples sédatifs comme le scopo-chloralose. Il a bien voulu reconnaître que le type clinique d'astasie-abasie trépidante que j'ai décrit (1) mérite d'être retenu (il y a des cas curables et des cas incurables. J'en connais un de l'Hospice St-Julien, de Nancy, qui est capable de sauter le mur quand il n'est pas vu). La plupart des vieux cliniciens se rappellent ces malades, d'ailleurs très rares, que l'on qualifiait autrefois de pithiatiques parce que, non observés, ils menaient une vie à peu près normale, mais dont les muscles des membres inférieurs devenaient rigides dès qu'on les appelait, en même temps qu'ils se mettaient à trépider. « Ce sont des malades, disaient après Charcot, Blocq et Richer qui, dans le décubitus, la position assise, peuvent aisément mouvoir leurs membres, sans que rien ne décèle une perturbation quelconque. Mais le malade n'est pas en mesure de se tenir debout ou de marcher normalement. Ce mode de déviation des fonctions motrices des membres inférieurs appartient en propre à l'hystérie. » Nous ne sommes plus de cet avis à l'heure actuelle et ces malades sont des organiques. Je ne veux pas insister davantage sur les particularités séméiologiques de cette curieuse affection, ni sur ses relations avec les spasmes d'action, les hypertonies d'effort ou d'attitude, renvoyant ceux que cette question intéresse au mémoire qui paraîtra probablement dans la *Revue Neurologique* et à l'observation princeps du *Strasbourg médical*. Je me permets néanmoins d'insister sur l'absence complète, chez les malades de ce type, des signes cliniques de la série cérébelleuse.

J'arrive à l'hémiplégie dite hystérique ou pithiatique et à l'état des réflexes tendineux ou cutanés chez les sujets qui en sont atteints. M. Van Bogaert me permettra de rappeler que, de l'avis de tous les auteurs classiques, il existe des hémiplégies dites fonctionnelles, curables, sans signes d'irritation pyramidale, flexion combinée de la cuisse et du tronc ou signe du peaucier du cou, qui peuvent être prises pour hystériques ou pithiatiques sans l'être en réalité si, à l'examen, le neurolo-

(1) *Strasbourg Médical* (15 décembre 1930).

giste ne décèle pas de modifications importantes des réflexes tendineux. Mon ami Baruk me disait, il y a quelque temps, qu'il avait observé une hémiplégie de ce type, chez un jeune homme qui avait eu des chagrins ou des difficultés. Elle disparut après psychothérapie ; elle aurait probablement régressé spontanément. Trois mois après, le malade meurt subitement; à l'autopsie, lésions disséminées d'arachnoïdite. L'hémiplégie avait été qualifiée de pithiatique. Elle ne l'était pas, si on donne à ce mot son sens étymologique. L'arachnoïdite, cause de la mort subite avait sans doute, les facteurs psychiques intervenant peut-être secondairement, déterminé par voie réflexe une claudication fonctionnelle de la frontale ascendante, analogue à celle qu'on observe au cours de nombreux syndromes vasculaires.

Il s'agissait d'un syndrome pyramidal déficitaire pur, tout comme chez le malade que M. Van Bogaert a eu l'occasion d'observer et qui présentait des lésions de la cérébrale antérieure. Ce malade était, dit-il, au point de vue clinique, comparable à ceux dont j'ai poursuivi l'étude dans ces dernières années, m'attachant à démontrer que le type d'hémiplégie que l'on retrouve dans la littérature depuis Todd, avec sa démarche caractéristique, était d'origine organique et non pas pithiatique, au sens que Babinski a donné à ce mot. M. Van Bogaert sait très bien que je reconnais l'existence de contractures simulant grossièrement une hémiplégie, le plus souvent avec hémianesthésie surajoutée, conséquence de l'auto- ou de l'hétéro-suggestion et susceptibles de guérir par contre-suggestion. J'en ai observé et rééduqué plusieurs. Mais il sait aussi que j'estime qu'à peu près tous les malades qui ont été qualifiés de pithiatiques ou d'hystériques et qui étaient atteints d'hémiplégie flasque, même sans participation du facial inférieur, sont des organiques. Il me permettra de rappeler que les deux dernières observations que je connais de malades de cette espèce sont l'une, une tumeur des capsules surrénales généralisée au centre ovale, l'autre un abcès du lobe pariétal profondément situé. Un examen clinique attentif décèle habituellement chez ces malades, non seulement l'abolition ou la diminution du réflexe cutané plantaire et des cutanés abdominaux, symptômes habituels du syndrome pyramidal déficitaire pur (c'est à M. Barré que doit revenir l'honneur de l'avoir décrit, et il se rencontre, à mon avis, très fréquemment), mais encore de très légères modifications des réflexes tendineux ou ostéo-

périostés du côté malade. Elles doivent suffire, à mon avis, pour affirmer l'organicité. Le diagnostic étiologique n'est pas toujours facile et on songe à l'hystérie parce qu'on ne l'établit pas ou parce que le malade interrogé parle d'émotion, de peines de cœur, de contrariétés, de même que la plupart des tumeurs du sein, ou de l'estomac, sont la conséquence d'un traumatisme... Nous ne pouvons, pour le moment, en dire davantage.

En ce qui concerne les réflexes cutanés, je crois que, comme M. Baruk, la plupart des neurologistes imbus de la saine doctrine de Babinski et qui parlent d'accidents pithiatiques et non pas d'hystérie, sont d'avis que, sauf dans le cas d'immobilisation prolongée, entraînant des rétractions tendineuses et des troubles vaso-moteurs importants, ils ne sont pas modifiés, en particulier, le cutané plantaire. J'estime de même que dans le cas de quadriplégie du type hystérique, le plus classique avec anesthésie cutanée, amblyopie transitoire, l'asymétrie des réflexes tendineux et ostéo-périostés, un clonus du pied plus accusé d'un côté, celui où les réflexes sont les plus vifs, doivent faire envisager l'origine organique du syndrome sans que nous puissions nous avancer davantage, en ce qui concerne sa nature. Lorsque nous prononçons le mot de pithiatique, nous en connaissons la signification ; quand nous parlons d'hystérie, nous ne savons plus ce que cela veut dire. M. Van Bogaert me permettra de lui reprocher aimablement de trop utiliser cette dernière expression. Je crois qu'il est bon, avant de qualifier un trouble ou un malade d'hystérique ou de pithiatique, de se demander s'ils entrent bien dans le groupe des accidents pithiatiques tels qu'ils ont été définis par Babinski lui-même, c'est-à-dire, *volontairement en apparence,* susceptibles d'être exactement reproduits par suggestion et de disparaître par contre-suggestion.

Un mot pour terminer, des troubles vaso-moteurs et des tremblements. Si les stigmates de Katherine Emmerich et de Thérèse Neumann peuvent être qualifiés d'hystériques, je ne crois pas qu'ils soient purement pithiatiques. Il y a là toute une série de troubles, influencés par les facteurs psychiques dont l'étude, à peine commencée, peut être extrêmement intéressante, mais qu'il faut éliminer du cadre de la simple névrose. Il en est de même de l'œdème mou ou élastique, ou du trophœdème, type Meige, que M. Van Bogaert a vu chez des encéphalitiques. Moins fréquemment que les autres troubles

vaso-moteurs, ils peuvent s'observer chez des parkinsoniens, revêtant souvent la forme hémiplégique ; j'en ai observé récemment un très beau chez une grande parkinsonienne, dans le service de M. Laignel-Lavastine, et j'en ai vu de temps en temps dans le mien. Je ne crois pas qu'il soit actuellement possible de considérer ces malades comme des pithiatiques.

Il en est de même des tremblements. M. Van Bogaert n'en a vu que deux. Pitres en a donné autrefois une classification dans laquelle il est facile de retrouver, d'une part, des tremblements parkinsoniens, des tremblements cérébelleux d'autre part, fort bien observés, d'ailleurs, à des moments où les notions de sémiologie concernant les tremblements des membres étaient loin d'être aussi établies qu'elles le sont à l'heure actuelle. J'ai vu, sur les champs de bataille, des sujets qui tremblaient comme des feuilles, morts de peur ou exténués de fatigue. Tous les tremblements que j'ai examinés et qui avaient été traités de pithiatiques parce que exagérés par l'émotion ou l'observation médicale étaient d'origine organique, parkinsoniens frustes ou cérébelleux. Ce qui ne veut pas dire qu'il ne soit pas possible de simuler des tremblements.

Car nous estimons que si les pithiatiques ne sont pas des simulateurs conscients, on passe de la simulation inconsciente ou subconsciente à la simulation consciente par toute une série d'imperceptibles transitions. Nous laissons à dessein de côté le groupe si important des associations organico-pithiatiques. Tout en reconnaissant l'intérêt des recherches qui doivent nous permettre d'élucider le mécanisme de troubles fonctionnels ou d'accidents encore mal connus, et, à l'étude desquels nous nous sommes nous-même depuis longtemps attaché, nous estimons qu'il n'est pas possible de renoncer à la conception générale de Babinski, mais en même temps qu'il est nécessaire de nous entendre, de parler le même langage et de procéder à une nouvelle révision, non pas de l'hystérie ni des accidents pithiatiques, mais de toutes les manifestations pathologiques que l'on qualifie encore trop souvent d'hystériques et qui n'entrent pas dans le cadre des accidents pithiatiques vrais.

Pr. Boven (de Lausanne). — Les rapporteurs ne nous ont pas déçus : leurs rapports précis, documentés, prudents, traduisent l'application d'hommes de science doués d'une culture exceptionnelle. Leurs rapports ont parfaitement posé

la question, marqué certaines bornes, certains repères. Je joins mes compliments à ceux que MM. Baruk et van Bogaert ont recueillis de toutes parts.

M. Baruk adopte la théorie du pithiatisme à laquelle il ajoute un apport personnel notable : il nous trace en effet la figure électromyographique de l'hystérie qu'il insère, en ce qui concerne la contracture, non loin mais en quelque sorte au-dessus de la catatonie, considérée comme psychomotrice, ainsi que l'hystérie.

Pour M. van Bogaert, si la théorie du pithiatisme heurte le neurologiste, c'est que la volonté n'y joue pas le rôle immense que l'on veut dire. En réalité, l'hystérie impliquerait une vulnérabilité particulière du système nerveux, qui, tel un suzerain lâché par ses vassaux, verrait s'aliéner certaines fonctions normalement soumises à son contrôle. Pour van Bogaert, l'hystérie n'est pas seulement pathoplasie ; elle a son organicité et sa technicité, une dissociation des fonctions neuronales exposant à des libérations plus ou moins explosives de processus, entre autres diencéphaliques.

Il me semble que les deux rapporteurs se complètent admirablement l'un l'autre et que l'on parvient tout près de l'accord en les fusionnant.

Le pithiatisme heurte le neurologiste, certainement, si cette doctrine affirme que l'activité créatrice de la psyché hystérique façonne activement et entièrement la symptomatologie de cette maladie, car il apparaît de plus en plus vraisemblable que l'hystérie, comme d'autres affections de l'axe cérébro-spinal, est faite de symptômes positifs et négatifs, d'activités et d'inhibitions d'activité. Les troubles hystériques, d'apparence neurologique, ne sont pas combinés, façonnés par la fantaisie ou la volonté du sujet, non ! Ce sont des réactions répondant à des mécanismes préétablis dans chaque âme d'homme et que l'hystérique emploie dans certaines conditions, à sa manière. Il y a des allumettes et du gaz dans chaque cuisine, on peut s'en servir pour faire un repas ou incendier et faire sauter sa maison. Celui qui en ferait un mauvais usage n'a pas fait autre chose que d'utiliser fort mal les disponibilités d'une installation. Il semble que van Bogaert a raison d'insister sur la technique neurologique des manifestations hystériques, même commandées ou plutôt déclanchées par la fantaisie du sujet.

D'un autre côté, il me semble qu'on aurait tort de croire

que les manifestations de l'hystérie, même clairement asservies à l'observance neurologique la plus stricte, se soustraient à la finalité de cette névrose et lui échappent. Je demeure persuadé que même l'opisthotonos, quel que soit le mécanisme de son déclanchement dans l'hystérie, est un syndrome dont l'hystérique sait se servir, dont il joue, non pas en le singeant mais en le subissant dans son intérêt.

L'hystérie réside, semble-t-il, dans la faculté de déclancher une suite de processus nerveux d'ailleurs réglés et en tous temps disponibles, en suivant les voies de l'auto-suggestion. Voilà le fait hystérique par excellence. Mais ce déclanchement, autre fait, qui aboutit à la maladie à nos yeux, aboutit du même coup à la paix, à la stabilisation souvent sereine, parfois même euphorique du patient. On ne peut manquer de trouver à ces phénomènes une qualité pratique, une valeur d'accommodement. Le finalisme du profit suit l'hystérie jusque dans ses convulsions les plus extravagantes ou les plus rigoureusement « techniques ». M. Baruk a raison, me semble-t-il, de ne pas tenir pour entièrement infirmée par les faits d'observation récente, la théorie de Babinski.

Oui, l'hystérique subit une espèce de paralysie mais en même temps elle lui sert. Il ne mime pas la neurologie, il la met en branle, sous l'empire de l'émotion et son gain personnel consiste à tirer un certain parti de ces déclanchements. Qu'il touche au clavier du diencéphale ou du mésencéphale et qu'il y appuie jusqu'à l'explosion des rythmes que la nature y a contenus, l'hystérique n'est pas dans la même dépendance de son « mal » que l'organique à lésion. Il garde en main le fil d'Ariane du labyrinthe. Je crois à la finalité de l'opisthotonos le plus orthodoxe, chez l'hystérique.

L'hystérie, en effet, est une forme de débilité de caractère, dans le sens d'une débilité du pouvoir central vis-à-vis de la sphère instinctive-affective. L'hystérie est passivité, elle désarme en désarmant ; elle suspend, elle renonce, elle inhibe, elle est abandon et déficit : anesthésie et paralysie. Elle est contracture mais non dans le sens d'un effort volontaire ; elle l'est plutôt dans le sens d'une libération du tonus subalterne par suspension du pouvoir supérieur qui l'inhibe.

Comparez l'attitude hystérique, passive et résignée, le calme de ces malades vraiment « patients », presque heureux, aux attitudes, à l'état d'âme des anxieux, des obsédés. Voilà des tourmentés : algies, spasmes, suractivité douloureuse et poignante !

Voilà qui contraste avec la passivité volontiers vaniteuse de nos hystériques !

L'hystérie, anomalie à la fois neurologique et mentale, est une débilité du caractère qui se révèle d'abord par son comportement, avant tout paroxysme, dans la vie de tous les jours. Elle est « mentalité » avant d'être maladie : elle se dénonce dans des manières d'être et des modalités personnelles, qu'on n'appellera pas nécessairement pathologiques dans les circonstances habituelles.

Est hystérique à mes yeux tout individu affecté de cette forme de débilité qui permet la dissociation et la libération hiérarchique des fonctions nerveuses par inhibition du pouvoir central, dans certaines conditions d'affectivité et d'instinctivité données. Chez ces individus l'angoisse en particulier glisse à la solution que j'ai appelée un accommodat hystérique : dès que « l'incarnation » hystérique d'une souffrance, d'une difficulté morale est réalisée, l'angoisse s'apaise dans cette concrétisation ou ce sacrifice qui a la vertu protectrice d'un pavillon de la Croix-Rouge pour blessés de guerre.

Est hystérique celui qui répond à cette esquisse. Est de moins en moins hystérique celui qui s'éloigne de plus en plus de ce noyau typique en témoignant de traits de caractère de plus en plus sthéniques. Aussi passe-t-on, dans la nosologie humaine, par des nuances infinies, de l'hystérique proprement dit au paranoïaque hyperesthésique, arrogant, haineux, réfractaire à la suggestion comme à tout compromis qui ne fasse pas la part entière à son orgueil et à ses exigences. Les troubles dits physiopathiques, les troubles tenaces des assurés et des sinistrés, correspondent peut-être à cette transition de l'hystérie pure à la paranoïa des réclameurs professionnels.

L'hystérie, en résumé, me paraît être une mentalité constitutionnelle, une forme de caractère débile engendrant des attitudes, déclenchant des processus « techniques » mais finalisés au profit du patient.

Pr. J.-A. Barré (de Strasbourg). — La question de l'hystérie qui soulève toujours tant de passion est un sujet grave dont on souhaiterait pouvoir parler à l'aise et non précipitamment. Mais ne pas prendre part au débat qui vient de s'ouvrir serait un peu une désertion quand on a eu la chance et l'honneur d'être l'élève de Babinski. Si je prends la parole, ce n'est

pas pour défendre ses idées, car, de la part des rapporteurs, elles n'ont reçu aucune critique et sortent même solidifiées de l'épreuve à laquelle ils avaient été conviés à les soumettre.

Si j'ai bien compris, l'esprit des rapports, leur tendance a surtout consisté à pénétrer le mécanisme intime de l'hystérie, sa pathogénie. Babinski n'a jamais considéré les accidents hystériques qu'en clinicien mais il serait certainement intéressé à l'effort que viennent de tenter nos deux rapporteurs.

M. Baruk a eu grandement raison à mon avis de dire qu'il n'existe pas de fossé profond entre les crises hystériques et les autres crises nerveuses.

A mesure que l'on en observe davantage, le nombre grandit de celles qu'on ne sait exactement où classer. On a beaucoup trop discuté — on a beaucoup trop peu observé. — J'ai isolé entre les crises hystériques et les crises épileptiques des « *crises sympathiques* » que j'ai décrites dans le livre jubilaire de Marinesco. Il y en a bien d'autres. Il existe un lien entre elles et je crois que ce lien réside dans la participation du Sympathique. A ne considérer que les accidents hystériques, je dirais volontiers que leur base commune est un sympathique exacerbé, hypersensible.

Dans le groupe actuel des hystériques, si réduit depuis le passage de Babinski, je vois deux types principaux : 1° ceux que j'appellerai les *Hystériques sans le savoir,* les *Hystériques malgré eux,* et 2° les *Hystériques conscients et organisés.* Les premiers subissent leur sympathique ; les seconds en jouent. On peut provoquer des accidents par suggestion chez les premiers et chez les seconds ; on guérit facilement les premiers par persuasion ; on n'est jamais sûr de guérir les seconds : ceux-ci cèdent quand ils le veulent bien et peuvent résister aux moyens les mieux appropriés pour se laisser guérir au jour qu'ils ont choisi et par qui leur plaît ; il ne reste souvent au médecin le plus averti que de leur plaire pour devenir magicien.

C'est pourquoi je me sépare un peu de Baruk quand il donne au test « guérison par persuasion » une valeur absolue et à peu près générale. Les guérisons obtenues peuvent être définitives ou provisoires.

Ni ceux du second groupe ni surtout ceux du premier ne sont des simulateurs. Ceux du second, qui jouent de leur sympathique, l'ont d'abord subi sans le connaître. Ils ont senti qu'ils réagissaient vivement et spécialement, qu'ils pouvaient

se remettre facilement en état de réaction par la simple évocation, toujours vive chez eux, de tel ou tel souvenir, de telle ou telle circonstance. Ils se savent différents de ceux qui les entourent, et *chacun d'eux se sert de son sympathique d'après ses tendances personnelles, c'est-à-dire, d'après les composants de son caractère.*

Depuis des années, j'explore spécialement le sympathique des nerveux et des hystériques, et j'ai indiqué en 1927 tout le parti que l'on pouvait tirer de cette exploration pour comprendre l'hystérie. Il y a beaucoup à apprendre dans ce domaine. En 1923, avec Crusem, j'ai apporté, au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Besançon, une courte description des *troubles de la motilité volontaire* que l'on trouve également chez les sympathiques et les hystériques, et indiqué comment ils pouvaient constituer l'amorce des paralysies pithiatiques. Depuis, j'ai étudié la *sensibilité* des sympathiques et remarqué qu'en dehors des types que nous considérons pour le système cérébrospinal, il y a toute une gamme de sensibilités au chatouillement, toute une série de sensibilités, à seuil très bas ou très élevé, variables sous de multiples influences, qui n'ont été que peu étudiées encore. Leur connaissance peut pourtant apporter des éclaircissements pathogéniques et la base d'une sémiologie sympathique fort utile, si l'on réussit à éviter le danger que comportent ces explorations minutieuses sur des sujets éminemment suggestionnables.

Les réflexes cutanés des sympathiques et des hystériques sont de leur côté bien différents de ce qu'on dit en général : je suis frappé du nombre des cas où les abdominaux, les cruro-abdominaux se comportent d'une manière variable suivant les heures, les jours, les circonstances, — combien fréquentes sont les exceptions à la règle du régime des réflexes cutanés qu'avait vue Babinski et dont j'ai repris l'étude avec Morin. Ces anomalies sont bien différentes chez les sympathiques de celles qu'on trouve dans la pathologie du système cérébrospinal. Je crois qu'il y a grand intérêt à en poursuivre l'étude.

Je pourrais indiquer encore l'utilité d'explorer les *réflexes vasomoteurs,* les *troubles vasomoteurs spontanés* des sympathiques, etc., etc., mais je n'ajouterais que des exemples de plus à l'appui de cette idée qu'il y a toute une sémiologie objective du sympathique chez les hystériques qui est en partie à faire et peut orienter mieux que par le passé les études sur le problème de l'hystérie qui reste immense encore.

Je tiens plutôt à vous exprimer quelques idées qu'il peut être utile de se faire sur la physiologie du sympathique et de l'hystérique. L'hystérique, ai-je dit, est doué d'un *sympathique exacerbé ;* il peut réagir très fortement, — et d'une façon tout à fait naturelle, — à des excitations très minimes, ce qui étonne trop vite les cliniciens et les porte à décréter qu'il y a simulation ou exagération volontaire.

Il y a aussi des *correspondances réflexes à distance,* très curieuses et très variées, particulières à chaque sujet et qui expliquent beaucoup de leurs réactions singulières et d'apparence paradoxale, (d'apparence parodoxale parce que nous continuons à concevoir le jeu du sympathique sur le plan du système cérébrospinal, alors qu'il en est extrêmement différent).

Il y a chez les hystériques à sympathique hyperexcitable, des *réflexes vasomoteurs* d'une grande violence, d'une grande durée, d'une grande extension, des réflexes superficiels, et plus encore peut-être des réflexes profonds, qui peuvent expliquer la plupart des troubles sensitifs, moteurs, réflexes, psychiques de ces sujets. Leur cortex est soumis, comme tout le reste du corps, à des influences vasomotrices, et peut-être contient-il lui-même des filets sympathiques en correspondance avec le système général.

Van Bogaert a noté, en de nombreux points de son rapport, des faits qui s'accordent tout à fait avec les vues que j'expose, — Baruk, aux pages 115, 116, 117 et 118 de son travail, y a fait des allusions très précises et notamment écrit cette phrase qui correspond exactement à ce que je pense moi-même avec plus de décision: « Il est possible qu'il s'agisse d'une sensibilité neurovégétative spéciale, entraînant des réactions vasculaires, particulièrement faciles à l'occasion d'une émotion, d'une intoxication ou d'un simple épuisement nerveux. » La perturbation nerveuse (créée à mon sens par les réactions vasculaires) ne correspondant pas à des lésions anatomiques pourrait disparaître facilement, dit Baruk..., mais, après avoir exposé cette théorie qui lui paraît au premier abord très séduisante, il s'en détache bien vite, en rappelant que dans les paralysies par angiospasme cérébral, on note des signes pyramidaux passagers ou durables, qu'on ne retrouve pas dans les hémiplégies hystériques. Nous nous demandons ici, poursuivant toujours l'idée que les réactions sympathiques sont à la base des accidents hystériques, s'il n'y a pas une simple diffé-

rence entre le segment de l'arbre vasculaire intéressé. Peut-être dans les cas qu'il a en vue et où des signes objectifs légers se développent, s'agit-il de spasmes d'artériole, tandis que dans les accidents hystériques, le spasme atteindrait seulement les capillaires dont la physiologie est toute différente, on le sait, et dont l'activité extrême, variable et de sens opposé dans différents états sympathiques, n'entraîne jamais (on peut s'en assurer dans la rétine et ailleurs) de troubles profonds de la nutrition, même quand ce spasme capillaire est accentué et prolongé.

Ce court exposé de la façon dont je conçois actuellement l'hystérie (sa base et le mécanisme des accidents qu'elle peut entraîner) permettra de comprendre dans quel sens nous poursuivons à Strasbourg nos recherches sur cette grande question, et de saisir sur le vif, la similitude de direction des efforts des rapporteurs, et des nôtres.

Pour terminer, un mot sur le *Torpillage,* dont on a tant médit. Sa pratique, dans quelques cas, m'a beaucoup appris. Quand on a vu des insensibilités cutanées du degré extraordinaire qu'elles avaient, des anesthésies, ne pas céder à la douleur terrible d'un balai faradique alimenté par une bobine à fil très fin, disparaître enfin, et faire place brusquement à une sensibilité absolument normale ; quand on a vu le même sujet qui, supportant tout à l'heure, en parfaite sérénité, des courants affreusement douloureux, se plaindre vivement pour l'application à la même place de courants légers, on a l'impression qu'il n'y avait pas une anesthésie purement simulée ; on pense que le courant n'a pas agi par simple suggestion, mais qu'il a agi sur le système sympathique, et levé les barrières vasomotrices qui devaient se trouver dans la peau, mais probablement aussi à d'autres étages du système nerveux et peut-être jusque dans le cortex qui perçoit en définitive. Il n'est pas impossible que le courant appliqué sur la peau d'un membre ait levé un réflexe vasomoteur cortical généralisé ou spécialisé à un secteur donné du cortex. Sans doute, il y a une part d'hypothèse dans cette proposition, mais elle peut contenir de la vérité, et elle s'accorde pleinement avec des faits bien observés et la constatation directe que nous avons pu faire nous-mêmes de spasmes vasculaires violents au niveau du cortex pendant une crise épileptique.

Babinski a eu l'immense mérite de lever le masque de l'hystérie. C'est grâce à lui que nous pouvons travailler plus à l'aise

sur un champ déblayé, mais il reste à lever le voile de l'hystérie, à percer son mystère. C'est plus par l'observation méticuleuse et prudente que Babinski nous a enseignée que par des discussions éloignées des faits ou purement verbales, que pourront y parvenir ceux qui suivent le maître disparu. Je suis certain que Babinski, devant la méthode et le souci d'objectivité qu'ils ont montré, aurait considéré MM. Van Bogaert et Baruk comme ses dignes continuateurs.

Dr Auguste Tournay (de Paris). — Je m'étais préparé à ne pas prendre la parole pour la raison que je vais dire. Mais il m'est apparu, en arrivant ici, que c'eût été méconnaître le devoir de répondre à l'accueil qui nous est réservé sur cette terre amie et, aussi, manquer d'égards envers les Rapporteurs.

Je m'empresse donc d'adresser mes cordiales félicitations à M. Baruk pour son bel et loyal effort. Quant à M. Ludo van Bogaert, qu'il me permette de le lui rappeler, c'est en un pareil congrès, il y a plus de dix ans, qu'est née entre nous une amitié dont la croissance n'a cessé d'être constante en affection. Si donc il nous arrivait par impossible de ne pas penser de même sur un point de physiologie normale et pathologique, nous ne ferions certes pas comme ces deux professeurs de Paris qui, autrefois, cessèrent de se saluer parce qu'ils étaient en désaccord sur la névroglie.

Oui, je ne comptais pas prendre la parole. En effet, cela ne devait-il pas me conduire tout simplement à faire aveu de mon ignorance. Je crois bien n'être pas qualifié par des travaux sur ce sujet pour parler de l'hystérie.

En 1903, il est vrai, j'ai bien fait partie de ce petit groupe d'externes qui, ayant tracassé M. Babinski par leurs questions dans ses examens silencieux, le déterminèrent à renouveler certaines expériences, sous condition qu'ils se chargeraient de surveiller à toute heure les sujets suggestionnés.

Ainsi, j'accompagnai, la nuit, l'une des « anciennes » de la Salpêtrière partout et jusque dans les water-closets féminins ; et je compris à certaines confidences combien il fallait se méfier de la supercherie. Puis, le jour, j'apprenais comment on se défend des erreurs de diagnostic.

Lorsque, quelques années plus tard, je revins comme interne dans le service, ma curiosité vis-à-vis du problème de l'hystérie n'avait fait que croître. Mais sachant que je commençais à fréquenter chez les physiologistes, mon maître

me détourna d'une telle étude pour m'orienter vers celle du sommeil.

Or, c'est au sommeil qu'en m'attirant par voie d'analogies dans son sillage physiologique, le lumineux rapport de M. van Bogaert, avec ses commentaires des pages 179 et 222, 223, m'oblige à réfléchir encore.

Je suis d'autant plus disposé à suivre aujourd'hui mon ami le Rapporteur que, de même qu'ayant dans une première partie de son rapport tenu pour acquises et incontestables les démonstrations sémiologiques du neurologiste de la Pitié il se risque à des explications physiologiques, tout pareillement, en refaisant hier ma thèse imparfaite sur l'*Homme endormi* sous forme d'une *Sémiologie du sommeil,* j'ai, après avoir consigné les éléments incontestés de cette sémiologie, entrepris aussi des commentaires de « neurologie expliquée ».

Sur ce terrain commun, poursuivant donc dans le sens du rapport l'étude des analogies, je dirai succinctement ce que me suggère un rapprochement entre sommeil et pithiatisme.

Mais je veux, je dois le dire, ne parler que du sommeil naturel, normal, tel que nous pouvons l'explorer dans sa pureté chez l'enfant ou l'adolescent sain, et qui présente sa caractéristique essentielle de constituer un état qu'on peut à chaque instant faire cesser, qui reste toujours immédiatement et totalement reversible.

En effet, si l'étude de l'encéphalite épidémique et d'états connexes a imprimé une bonne direction topographique aux recherches physiologiques, ce n'est pourtant pas vers ces états de sommeil, dirais-je pour abréger, comme « encrassé » par des facteurs pathologiques — ou bien toxiques et médicamenteux — que l'observateur doit se pencher pour établir la sémiologie du sommeil vrai.

Nous savons maintenant que cette sémiologie est effectivement constituée de signes qui, pour une part, s'écartent des phénomènes que la volonté est capable de reproduire et dont quelques-uns offrent même la valeur de caractères intrinsèques, ce qu'il n'est pas besoin de rappeler ici plus longuement.

De tels signes indiquent sur quel plan neurologique, pour réaliser le sommeil, s'effectuent les changements d'état : inhibition sur certains niveaux et libération à d'autres niveaux, balancement de pouvoir modifié entre les systèmes sympathique et parasympathique.

Veut-on rapprocher du sommeil les manifestations pithiatiques, elles aussi susceptibles de se montrer immédiatement et totalement reversibles, on est encore à se demander où sont des indications de même ordre sur une répartition concertée des inhibitions et des libérations : la trace fait jusqu'ici défaut d'une sémiologie objective.

Que si l'on évoque maintenant ces états mal explorables qui, sur la bordure du pithiatisme, nous laissent dans la perplexité et que M. Froment nous proposait hier de désigner comme inconnues, par la lettre *x*, je serais tenté d'écrire, comme en équation, que les états troubles sont au pithiatisme clair ce que le sommeil « encrassé » est au sommeil normal.

Une telle équation permettrait-elle un jour d'évaluer cet *x* et même de le ramener à zéro ? Je ne sais.

Dr Maurice Dide (de Toulouse). — En disant qu'il m'est agréable de commenter le rapport de mon collègue et ami Ludo van Bogaert, je n'emploie pas une simple formule de courtoisie. Le rapporteur est l'un des esprits les plus audacieux de notre époque ; sa pensée jeune, ardente, courageuse, s'étaye par la clinique la plus sûre ; si elle sait éviter les chemins battus, elle est riche, en puissance, de l'œuvre de ses aînés.

Volontairement notre collègue dépasse le cadre des fonctions diencéphaliques et c'est plutôt l'étude de l'hystérie dans ses rapports entre les fonctions gnoso-praxiques et leur soutien diencéphalique qu'il envisage.

C'est exactement la position que j'ai adoptée dans mon « Introduction à l'étude de la Psychogénèse » (1).

Van Bogaert invite les psychiatres à lui apporter le secours de leurs méthodes générales et je pense répondre à son désir par mon intervention alors que la doctrine neurologique a été si fortement représentée.

Les disciples orthodoxes de Babinski sont venus témoigner de leur respect filial au souvenir de l'enseignement du grand disparu.

Si j'accepte, sans réserves, la notion du pithiatisme d'allure neurologique et si j'admets que, créés par la suggestion, ses

(1) 1 vol. Masson, 1926.

symptômes peuvent disparaître par persuasion, plus ou moins appuyée, nous avons entendu Froment, Tournay et Barré reconnaître qu'ils ne savent pas à quel état mental précis on doit rapporter cette aptitude à la suggestibilité.

On ne le définira réellement par aucun symptôme isolé tel que la mythomanie, la pathomimie, le théâtralisme, la perversité ni même l'émotivité, qui se caractérise par l'aptitude à exprimer fortement des émotions parfois faiblement ressenties.

J'ai tenté dans mon livre récent « *l'hystérie et l'évolution humaine* » (1) de préciser en quoi consiste l'état mental des hystériques.

L'étude de la genèse affective, dans ses rapports avec la sexualité, nous apporte des documents précieux.

La tendance à amplifier, à dramatiser, à mimer des sentiments mal ressentis, n'offre rien de conjectural ; elle est la base même de l'hystérie.

Si je me sépare radicalement de Freud, qui dote les complexes mentaux d'une propriété de va-et-vient entre le conscient et l'inconscient et si je ne crois pas au traumatisme sexuel générateur de névrose, l'évidence montre l'hystérique demeuré moralement infantile malgré ses progrès rationnels. Je dirai même qu'il rationnalise ce qu'il ne ressent pas. C'est un être demeuré primitif malgré ses prétentions à des allures hyper-civilisées.

La vie sexuelle n'apporte pas chez lui l'éclosion d'un comportement social personnel ; elle n'est qu'une recherche, souvent frustrée, de volupté ; elle s'intellectualise avant de révéler les devoirs moraux, familiaux et sociaux. Elle demeure une curiosité insatisfaite et c'est pourquoi elle s'oriente souvent vers la perversité.

On peut dire que l'action médicale s'exerce utilement sur les pathomimies ; elle n'offre aucune prise sur le substratum essentiel qui demeure et domine ce que j'ai décrit sous le nom de mutabilité des symptômes (2).

Ce substratum, L. Van Bogaert tente de le révéler par des analogies avec des affections mésocéphaliques. Sans doute son

---

(1) 1 vol. de la bibliothèque de philosophie scientifique, Flammarion, 1935.
(2) Dide. — *Les émotions et la guerre*. Paris, Alcan, 1917.

essai sera-t-il considéré comme parfois hypothétique ; il marque cependant une volonté objective, il s'inspire d'une notion féconde qui subordonne tous les éléments de la synthèse mentale (instinctifs, actifs, gnoso-praxiques) à des fonctions anatomo-physiologiques.

Qu'il me soit permis d'en tirer satisfaction, car c'est la voie dans laquelle je me suis orienté depuis bien longtemps.

M. le Président de Craene a bien voulu me féliciter d'avoir, malgré une blessure récente, tenu à apporter au Congrès ma modeste contribution, je l'en remercie et la bienveillance du Congrès rattachera peut-être à cet accident ce que mon exposé offre d'insuffisant.

Si nous savons peu de chose sur le substratum anatomo-physiologique de l'hystérie, il convient de travailler courageusement pour combler les lacunes de nos connaissances sur ce problème qui demeure ouvert.

Dr Clovis Vincent (de Paris). — Les rapporteurs et la plupart des orateurs se sont accordés pour dire que l'œuvre clinique de Babinski concernant l'hystérie sort grandie du Congrès.

Cependant, il est vrai aussi que la tendance actuelle d'un certain nombre de neurologistes et de psychiatres est de créer une physiopathologie de l'hystérie fondée sur l'analogie qui peut exister entre certains phénomènes hystériques et certains phénomènes organiques, de connaissance récente, les troubles post-encéphalitiques, et l'attitude dite décérébrée.

Avant de rechercher si ces derniers phénomènes peuvent être comparés aux phénomènes hystériques, quelques remarques s'imposent.

1° Pour une grande part, l'œuvre médicale des cent dernières années a consisté à individualiser les phénomènes morbides en leur reconnaissant des caractères intrinsèques propres. Grâce à ces caractères, des phénomènes morbides analogues ont été séparés. C'est ainsi que, parmi les troubles moteurs non paralytiques, d'aspect analogue, Duchenne de Boulogne a séparé l'ataxie tabétique, des phénomènes cérébelleux ; que parmi les impotences d'origine périphérique, il a séparé celles qui étaient dues à des névrites de celles qui étaient dues à des myopathies. Inversement, le progrès a consisté aussi à mettre dans la même classe des phénomènes qui ne sont pas analo-

gues. C'est ainsi qu'on a mis dans la même classe l'ataxie locomotrice, le tabès confirmé sans ataxie, le tabès monosymptomatique, parce qu'ils ont entre eux des caractères intrinsèques communs.

Les raisonnements par analogie ne sont donc pas ceux qui ont servi au progrès médical. Il ne serait pas difficile de montrer les erreurs énormes auxquelles ils ont conduit.

2° Les phénomènes hystériques ont déjà été comparés et assimilés à des phénomènes organiques. Il n'y a qu'à lire le livre de Gille de la Tourette pour s'en convaincre. Il n'y a pas bien longtemps encore qu'hémiplégie hystérique et hémiplégie organique étaient confondues. Et cependant, actuellement, la distinction apparaît fondamentale. Quelqu'un s'aviserait-il de soutenir qu'une paralysie qui s'accompagne d'un ensemble de troubles que la volonté ne peut reproduire (contracture, clonus, exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski) et qu'il est impossible de guérir par suggestion, a le même mécanisme physiopathologique qu'une paralysie qui ne s'accompagne d'aucun des caractères précédents, et qui peut guérir en quelques instants par suggestion ?

Défions-nous de recommencer les mêmes erreurs en nous appuyant cette fois sur des phénomènes moins bien connus que l'est actuellement, grâce à Babinski, l'hémiplégie organique.

Recherchons maintenant si, entre les phénomènes hystériques et certains phénomènes post-encéphalitiques, l'attitude dite décérébrée, il existe autre chose que des analogies. Existe-t-il entre eux des caractères intrinsèques communs ?

Le caractère essentiel des phénomènes hystériques est d'être pithiatiques, c'est-à-dire susceptibles de disparaître par suggestion. C'est là une propriété qui n'est contestée par personne. On dira peut-être que tous les phénomènes hystériques ne sont pas pithiatiques. Mais il suffit qu'un grand nombre le soit pour qu'on puisse affirmer qu'il existe une classe de phénomènes qui sont pithiatiques.

Les troubles post-encéphalitiques, l'attitude dite décérébrée le sont-ils ?

Jamais nous n'avons pu modifier d'une façon décisive par suggestion, une maladie de Parkinson au début, un torticolis dit mental, une crampe des écrivains. D'autres que nous l'ont tenté. Ils n'ont pas plus réussi que nous. Et cependant, rien ne semble plus propre à obéir à la volonté du malade et du

médecin, que la crampe des écrivains. Voici un sujet dont la main droite peut faire tous les actes volontaires, même les plus menus. Mais s'il prend un porteplume et s'applique à tracer des caractères sur du papier, les doigts se crispent, le poignet se tord. Leurs mouvements s'embrouillent de telle façon que la plume s'accroche. Il n'y a rien de plus fantaisiste d'aspect. Et cependant, cette fantaisie reste inébranlable. La seule thérapeutique consiste à dire au malade : « n'écrivez pas ou écrivez autrement ».

Comment donc a-t-on pu comparer et tendre à mettre dans la même classe des phénomènes qui sont si différents par un caractère intrinsèque fondamental ?

D'une part, les spasmes de torsion, les spasmes oculogyres ressemblent à des mouvements volontaires. Comme pour la crampe des écrivains, on a l'impression première, qu'avec un peu de bonne volonté le malade pourrait les arrêter. D'autre part, jusqu'ici on ne les a pas définis par des caractères intrinsèques propres. On les a définis par leur condition d'apparition, par les phénomènes concomitants, mais non par des caractères tenant à leur essence même. On ne sait pas définir le torticolis spasmodique comme on sait définir le spasme facial périphérique, dont les déformations, dit Babinski, sont identiques à celle que produit l'électrisation du nerf facial (déviation de la pointe du nez, fossette mentonnière, synergie paradoxale). Il y a plus. Certains spasmes post-encéphalitiques sont intentionnels, c'est-à-dire ils se manifestent d'une façon évidente à l'occasion d'un mouvement ou d'une attitude volontaire. Il en est ainsi de la crampe des écrivains qui ne se produit qu'à l'occasion d'un acte déterminé ; de certains torticolis mentaux qui peuvent être suspendus par le geste dit antagoniste efficace. Cependant, ces faits ne prouvent pas que la volonté puisse agir d'une façon directe sur eux et qu'ils soient susceptibles d'obéir à la suggestion. Ils n'y obéissent pas plus que le tremblement intentionnel des cérébelleux qui se manifeste à l'occasion d'un acte volontaire. Dans la crampe des écrivains, ce qui est volontaire, c'est le fait de prendre un porteplume et cela pourrait être modifié par la volonté. Mais ce qui n'est plus volontaire, c'est tout le désarroi moteur qui accompagne le geste de tracer des caractères. Plus simplement, une crampe quelconque, chez les individus prédisposés, peut être déclanchée par le seul fait de prendre une attitude particulière. Le sujet semble donc provoquer sa crampe

par sa seule volonté. En réalité, ce qu'il peut commander, c'est l'attitude qui entraîne la crampe, mais ce qu'il ne peut commander, c'est le groupe de muscles qui entre en action. Il ne peut non plus obtenir la fin de la crampe sans ordonner un changement d'attitude du membre.

On a encore comparé la crise d'hystérie avec arc de cercle et raideur des membres, avec la crise postérieure des sujets atteints d'une tumeur du vermis médian.

A mon sens, l'attaque d'hystérie n'a que de grossières ressemblances avec la crise postérieure.

Voici un enfant atteint d'une tumeur du vermis. A l'occasion d'un effort, parfois sans cause appréciable, il devient pâle comme un mort, tandis que son pouls devient lent et que la respiration se modifie. En un instant, les doigts ont pris l'attitude qu'ils ont dans la main d'accoucheur ; le poignet est fléchi ; l'avant-bras en pronation forcée ; les pieds se tordent en varus équin ; tout le membre inférieur se raidit et tend à soulever le tronc. Si la crise devient très forte, la tête se rejette en arrière et le tronc se cambre. Le corps tout entier est en opisthotonos. Le pouls s'est ralenti encore, la respiration a des pauses telles qu'on se demande si elle va reprendre. Le réflexe cutané plantaire se fait en extension des deux côtés. Le réflexe cornéen est presque aboli. La conscience paraît nulle. L'enfant peut mourir dans cette crise. En général il en sort, parfois vite, le plus souvent lentement, mais pas instantanément complètement. Il garde plusieurs heures la main et les doigts fléchis, l'avant-bras en pronation, les membres inférieurs étendus, les pieds en varus équin. L'extension de l'orteil reste manifeste. Comparons cette crise tragique (le mot n'est pas de trop, l'enfant est dans l'antichambre de la mort), à la crise d'hystérie. Tout dernièrement, un samedi, à l'Hôpital de la Pitié, vient me consulter « pour des crises avec perte de connaissance » une jeune femme. Je ne l'ai jamais vue. On ne peut dire que c'est une malade dressée. Elle me raconte que, souvent, à l'occasion d'une contrariété, elle se sent serrée à la gorge, perd connaissance, tombe, se débat. Quand elle m'a fourni tous les détails de sa crise, je lui déclare que j'ai le moyen de la reproduire, puis de l'arrêter instantanément. Je n'ai qu'à appliquer, lui dis-je, des tampons sur certain point de votre corps : le lobule de l'oreille. La jeune femme est assise devant moi. Je lui électrise doucement les oreilles, et voici qu'elle porte ses mains à la gorge ; ses yeux papillotent,

se ferment : ses membres supérieurs se raidissent. J'annonce qu'elle va tomber et elle tombe de sa chaise. A terre, elle se raidit davantage, sans varus équin des pieds. Elle se roule. La respiration, le pouls, la couleur sont d'une personne qui se roule. Il n'y a pas d'extension de l'orteil. Quand j'ai assez vu ce spectacle qui aurait pu être rendu plus saisissant, je déclare à haute voix que mon courant appliqué sur la gorge va arrêter instantanément la crise. A peine les tampons ont-ils touché le cou que la malade s'asseoit, se dresse et reprend sa place sur la chaise. Après quelques paroles psychothérapiques, elle s'en va avec son ordonnance.

Quels sont les caractères qui ont pu faire comparer les deux sortes de crises ? Ce ne sont évidemment pas les troubles du pouls, de la respiration, la pâleur mortelle du visage, la perturbation du réflexe cutané plantaire, qui appartiennent à la crise postérieure et qui n'existent pas dans la crise d'hystérie. Ce sont sans doute la raideur des membres et du tronc, la tendance à l'arc de cercle. Remarquons cependant que la tendance à la torsion des membres supérieurs et inférieurs est exceptionnelle dans l'hystérie. Dans la plupart des cas, les membres supérieurs restent souples, prêts à agir, ou retrouvent instantanément la souplesse pour agir. Il y a souvent des cris. Mais surtout la raideur hystérique, les attitudes forcées hystériques peuvent cesser immédiatement sous l'influence de la suggestion seule, alors que la crise postérieure ne lui obéit pas. Quand la crise postérieure cesse, elle le fait lentement, laissant l'avant-bras en pronation, le pied en varus équin ou un état de flaccidité ou d'hypotonie remarquable. Quelqu'un a-t-il vu un sujet frappé de crise postérieure, étendu à terre, se relever d'une façon naturelle, se rhabiller avec les gestes d'un individu pressé et repartir d'un pied ferme ?

Phénomènes hystériques d'une part, phénomènes post-encéphalitiques et crise de décérébration d'autre part n'ont aucun caractère intrinsèque commun. Actuellement, on ne peut les comparer que pour les séparer.

Pr. A. Porot (d'Alger). — Deux simples remarques a propos de l'excellent rapport de M. Van Bogaert :

1° L'une concerne les *anorexies mentales*. Je ne crois pas qu'on meure d'une anorexie mentale, comme il semble l'avoir observé. Si l'on en meurt, c'est qu'il y a autre chose.

L'an dernier, au Congrès de Médecine de Québec, à propos du Rapport sur les « Hypoglycémies », j'ai attiré l'attention sur les « fausses anorexies mentales » que l'on voit chez de jeunes sujets qui sont des dysendocriniens et font une cachexie qu'on peut rattacher à une insuffisance hypophysaire. Ce n'est pas la maladie de Simmonds, type clinique spécial appartenant, étiologiquement, au *post-partum*. C'est un type « juvénile » connu et décrit déjà, en particulier par Bickel de Genève, sous le nom de « maigreur hypophysaire ». Ces jeunes filles ou ces jeunes femmes ont, avec une anorexie tenace, de l'aménorrhée, de l'hypotension, des troubles de cyanose périphériques, des modifications du caractère qui les font ranger dans les anorexies mentales. En fait, l'isolement ne réussit pas à les guérir. Mais le traitement hypophysaire transforme la situation.

Or, il est un test utile en pareil cas : c'est, avec le fléchissement du métabolisme basal, l'*hypoglycémie*. Une malade, dont j'ai rapporté l'histoire, était tombée à un taux glycémique de 0,49 qui se releva sous l'influence du traitement à 0,80, puis 0,90 en 3 mois.

2° Je me rallie entièrement à l'interprétation du rapporteur sur les phénomènes hystériques : la libération des activités supérieures au profit d'activités plus primitives.

J'en vois une preuve et une démonstration dans le caractère spécial des manifestations pithiatiques chez les indigènes de l'Afrique du Nord. Nous les avions décrites à l'occasion de la guerre et avions souligné le fait qu'on rencontrait surtout chez eux des manifestations *posturales* très spéciales : *astasies-abasies* simple ou trépidantes, *accroupissements, plicatures,* attitudes caricaturales ou bien des décharges motrices et fonctionnelles grossières : *crises en opistothotonos,* surtout *rythmies de la tête et du tronc, rythmies respiratoires* avec *hennissement,* etc...

Or, l'indigène, gros débile mental, dont les activités supérieures et corticales sont peu évoluées, est surtout un être primitif dont la vie, essentiellement végétative et instinctive, est surtout réglée par son diencéphale. Le moindre choc psychique se traduit surtout par des démonstrations du type diencéphalique beaucoup plus que par des réactions psycho-motrices complexes et différenciées.

Professeur J. FROMENT (de Lyon). — Je ne reprendrai pas en détail l'étude et la discussion du fort intéressant rapport de Ludo VAN BOGAERT, telles qu'au lendemain même de sa publication je les ai esquissées — après lecture attentive — dans l'article *l'Hystérie après Babinski* (*Journ. de Méd. de Lyon,* 5 juillet 1935).

Après l'échange de vues qui vient de se poursuivre dans une atmosphère cordiale et sereine, je ne veux que tenter encore de faire le point.

Et tout d'abord, *que conclure de la confrontation des accidents hystériques et des troubles nerveux dits striés ou diencéphaliques ?*

Ludo VAN BOGAERT, tout comme M. BARUK — en dépit de certaines analogies qu'il retient, mais que nous ne retiendrions pas — *se refuse à les assimiler et les tient pour nettement différents.*

C'est ce que, dès 1931, après enquête sur *Le problème de l'Hystérie dans le passé et en face des états striés post-encéphalitiques,* soutenait P. IMBERT, dans une thèse de Lyon faite sous notre inspiration, thèse à laquelle les deux rapporteurs se sont d'ailleurs référés et dont l'un comme l'autre ont bien voulu souligner l'intérêt.

Que Ludo VAN BOGAERT, à ce propos, me permette une petite rectification. A sa connaissance, a-t-il dit, nul n'a prétendu assimiler accidents hystériques et troubles striés post-encéphaliques. Mais à quoi tend donc alors *L'hystérie après Charcot et après Babinski devant les progrès de la neurologie* (*Journ. de Méd. de Lyon,* 5 avril 1935), que RADOVICI écrivit en réponse à notre article : *Babinski, après Charcot et après Duchenne de Boulogne, devant le problème de l'hystérie* (*Journ. de Méd. de Lyon,* 20 juin 1934) ?

La similitude des deux catégories de troubles nerveux en cause ne lui apparaissait-elle pas si complète qu'il se croyait en droit de qualifier d'*hystéroïdes* les troubles striés post-encéphalitiques. Comment admettre que le distingué neurologiste roumain ait méconnu le principe qu'à juste titre *Pascal* plaçait à la base de toute terminologie scientifique. « On peut, écrivait-il, donner à une chose un nom tel qu'on voudra, mais il faut bien faire attention de ne pas donner le même nom à deux choses différentes. »

Une autre remarque. On parle toujours de *paradoxes striés.* Je dois avouer que pour mon compte, *plus je les étudie, moins*

j'en vois. J'ai montré il y a dix ans que les prétendus paradoxes de la dysbasia lordotica étaient de la plus pure logique statique. Peu après, j'ai montré qu'il en était de même des kinésies dites paradoxales du parkinsonien.

Ce qui ligote les gestes de celui-ci, c'est la viciation de son mécanisme de stabilisation automatique, et c'est encore l'accumulation dans son organisme des déchets résultant du surmenage musculaire qui en est la conséquence. Qu'une violente incitation de l'affectivité secoue l'immense torpeur de fatigue dans laquelle le malade s'enlise, qu'il se dresse et se lève d'un bond, qu'il se mette à courir : rien ne s'y opposera. Le difficile, pour le parkinsonien, n'est pas de courir, mais de stagner et non moins de changer lentement de position d'équilibre.

Les spasmes du wilsonien, du Syndrome de Cécile Vogt et de la Pseudo-sclérose type Westphal-Strümpel sont-ils plus paradoxaux ? Sans doute, d'un inconcevable illogisme, violemment d'abord, ils contrecarrent le geste intentionnel et, de toutes leurs forces, s'y opposent ; puis, soudain, ils libèrent de toute entrave ce mouvement qu'ils avaient bloqué. Mais ce régime apparemment fantaisiste des dits spasmes striés répond, en fait, à un déterminisme précis, celui d'une répercussivité émotive excessive et déréglée. C'est ce que nous montrions récemment dans l'étude consacrée à *La Pseudo-sclérose type Westphal-Strümpel ; ce qui, sémiologiquement, la trahit ; ce dont, physiologiquement, elle témoigne.* (*Journ. de Méd. de Lyon,* 20 juin 1935). Nous reprendrons d'ailleurs l'étude de ce problème dans deux communications jumelées ayant trait à la sémiologie objective striée que nous proposons de faire à ce Congrès.

Mais revenons-en à l'*hystérie. Nul* ici *n'a contesté l'incontestable réalité de l'accident pithiatique,* tel que l'a défini Babinski. La seule question en litige est la suivante : *Doit-on, aux côtés de l'hystérie pithiatique, faire place à une hystérie non pithiatique qui répondrait,* elle, *à un substratum physiopathologique ?* Les uns l'admettent, les autres la nient, tandis que d'autres estiment, non sans raison, qu'*il faudrait rayer le terme d'hystérie en ne gardant que celui d'accident pithiatique.* Il n'est que trop vrai que ce terme d'hystérie couvre marchandises fort diverses et n'est qu'invite à la confusion.

De cette hystérie non pithiatique, à substratum physiopathologique dont il est toujours question, nul n'a jamais indiqué avec précision les caractères différentiels et distinctifs.

Nul n'a dit, à notre connaissance, où on la faisait exactement commencer et où on la faisait finir. Qu'est-elle au juste, sinon *le résidu indéterminé de l'organique et du physio-pathologique connu.* Qui oserait se porter garant que la neurologie de demain n'y saura pas discerner toute une série de syndromes organiques fort divers et dont plusieurs sans doute apparaîtront alors les uns aux autres s'opposer.

Il va sans dire qu'à l'étude de ce résidu il faut s'attacher, en s'appliquant même à le dissocier, car de toute évidence il n'est pas univoque. Mais en attendant qu'on ait pu en déterminer la nature exacte, *ce n'est pas par le terme hystérie mais tout simplement par la lettre x qu'il faudrait le désigner.*

En appliquant la désignation commune d'hystérie à l'accident pithiatique pur, simple artifect, sans altérations physiologiques et à des états physio-pathologiques, en fait, indéterminés — on est fatalement conduit à supposer *à priori* aux accidents pithiatiques les plus purs, les plus proches parents d'une simulation pure et simple, une base physio-pathologique, alors même que l'observation attentive de ces accidents et tout leur comportement — pendant ces habiles manœuvres que sont et que doivent toujours être la contre-suggestion et l'attaque brusquée — ont établi le contraire.

Il va sans dire — Babinski ne l'a-t-il pas maintes fois spécifié ? — que l'accident pithiatique n'est pas toujours purement et simplement imaginé ou encore, plus ou moins simulé. Il se développe souvent indiscutablement sur fond physio-pathologique, organique ou mental. Mais tout ce dont Ludo VAN BOGAERT, dans sa minutieuse et si consciencieuse enquête, fait perturbation physiologique d'hystérie n'est, pour Babinski et pour nous, que viciation du terrain, le rendant propice à la végétation de ces mauvaises herbes que sont les accidents pithiatiques. Il attribue à la graine tout ce que Babinski attribuait au terrain.

Une dernière remarque. Regrettant que Babinski se soit rigoureusement cantonné au domaine de la clinique, on nous propose des explications de l'hystérie, on nous en propose même un peu trop. Ne faudrait-il pas choisir entre toutes ces explications qui, si souvent, se contredisent. En vrac et au choix, on nous offre : lésions diencéphaliques, lésions frontales, lésions diffuses, libérations d'automatismes diencéphaliques, refoulements de types freudiens, édifications utilitaires, aspontanéité, états voisins de l'état de sommeil ou de l'oni-

risme, troubles endocriniens, labilité neuro-végétative, dérégulation sympathique, et j'en oublie. N'y a-t-il pas dans ce tas d'explications, entre lesquelles il faudrait pourtant bien choisir, de quoi expliquer, avec l'hystérie, une bonne part de la neuropathologie organique.

De toute cette discussion, ne résulte-t-il pas clairement, pour tout observateur impartial, qu'*au bas de l'œuvre de Babinski, il n'y a aucun erratum à inscrire et pas encore d'addenda.*

Réponse au rapporteur

Prof. Van Bogaert. — Je suis très touché de voir le nombre et la qualité de ceux qui ont bien voulu discuter mon rapport et je les remercie de leur intérêt.

M. Laignel-Lavastine a bien voulu relever, dans mon exposé, quelques détails d'ordre littéraire. Je ne pouvais avoir de meilleur maître ! Je répondrai cependant à deux faits plus précis qu'il a bien voulu soulever dont l'un, celui des anorexies mentales, a été également soulevé par le Professeur Porot, d'Alger. J'ai été très prudent sur la différenciation des *anorexies mentales* à évolution fatale et des syndromes de maigreur hypophysaire dont la maladie de Simmonds est la forme extrême parce que je crois, en raison d'un cas personnel anatomo-clinique récent, que le diagnostic différentiel, même par des méthodes biologiques, est excessivement délicat. Malgré toutes les cures d'isolement, ma malade est morte et l'autopsie complète n'a révélé aucune lésion cérébrale ni endocrinienne.

M. Laignel-Lavastine croit que les troubles vaso-moteurs, que j'ai caractérisés, sont des *épines* du terrain pithiatique, s'il en est ainsi, elles ne doivent pas disparaître par contre-suggestion puisque ce sont seulement des facteurs végétatifs qui localisent la réaction pithiatique. Or, tous ceux dont il est question dans la seconde partie de mon rapport ont disparu par psychothérapie.

Je remercie M. Nyssen de sa précieuse intervention. Je n'ai pas voulu prendre parti dans cette question si difficile et si importante sur laquelle je n'ai aucune donnée personnelle. J'ai seulement relaté les faits : les travaux antérieurs de M. Nyssen sont déjà garants de son expérience considérable dans ce domaine et je suis certain que les données de ceux qu'il achève

actuellement aideront à éclaircir ce point. Ses conclusions actuelles sont très importantes au point de vue *doctrinal*, elles montrent d'un point de vue expérimental que les troubles sensitifs hystériques ont un *coefficient physio-pathologique authentique*.

M. Claude a bien voulu appuyer de sa haute autorité la thèse que j'ai cru devoir défendre et je lui en sais gré. Il a rappelé les travaux importants récents faits sur les blessés de guerre allemands où des troubles de l'initiative et des instincts coïncidaient avec des lésions importantes et anciennes de certaines zones cérébrales. Je n'ai pas relevé ces observations parce qu'il me paraît extrêmement périlleux de les comparer à ce qui se passe dans l'hystérie où, du fait du caractère plus fonctionnel des symptômes, les *processus* qui les introduisent doivent, à mon avis, être plus *diffus*.

M. Courbon a complété ma bibliographie sur la doctrine de régression de Kretschmer et je l'en remercie.

Je répondrai à M. Rouquier que je n'ai pas voulu réduire toutes les crises hystériques à la seule attaque opisthotonique et je suis tout à fait d'accord avec lui sur leur polymorphisme, mais celui-ci ne préjuge en rien des *mécanismes* dont ils sont l'expression. Il en est parmi ces crises opisthotoniques, dit Rouquier, qui ne sont pas réductibles par suggestion et qui seraient donc striées ; je le veux bien, et le symptôme proposé par M. Rouquier est intéressant comme révélateur d'un trouble extra-pyramidal permanent, mais alors je demanderais, moi aussi, qu'on n'appelle pas cette crise une crise hystérique, pas plus que les astasies-abasies non réductibles qu'il a contribué à isoler.

M. Rouquier ne croit pas à l'existence d'un tremblement pithiatique non simulé, abstraction faite des termes ; je ne serais pas aussi absolu, mais je manque ici de documents personnels pour émettre une opinion justifiée.

Quant aux problèmes des hémiplégies de Todd, dont il nous apporte un complément aujourd'hui, je l'ai exposé dans mon rapport, il est vrai, sans prendre une position définitive. Je dois ajouter cependant que le seul cas que j'en ai vu était comme ceux de M. Rouquier, organique. Qu'il n'existe pas d'hémiplégie hystérique pithiatique flasque, je ne puis pas partager cette opinion et je renvoie simplement à l'observation de la page 212 qui a cédé à la contre-suggestion.

M. Boven croit pouvoir concilier la théorie psycho-motrice

de Baruk et mon essai neurologique avec ses conceptions personnelles sur le finalisme affectif qui caractérise les hystériques. Pour lui, ces malades sont avant tout des malades du caractère et je ne doute pas de l'intérêt de ses recherches, mais suis au regret de n'être pas plus compétent pour leur attribuer une situation exacte dans le cadre de nos travaux d'aujourd'hui.

M. Barré, avec son indulgence si royale, a bien voulu bénir l'aventure où nous nous sommes engagés. Venant de lui, cet encouragement nous touche et encore plus de ce qu'il a bien voulu nous dire à Baruk et à moi, à la fin de sa discussion, en nous disant que M. Babinski ne nous aurait pas considéré comme indignes d'être de ses élèves. Il a fort insisté sur les *crises* dites *sympathiques* qui se rencontreraient avec une grande fréquence à mi-chemin entre l'épilepsie et l'hystérie ; il nous a montré, chez les hystériques, une véritable modification des correspondances sympathiques et que le système nerveux végétatif participe au degré maximum, aux paroxysmes pithiatiques.

M. Baruk, avec la qualité de clinicien subtil que nous lui connaissons, croit pouvoir distinguer entre les malades qui simulent, les malades qui sont simplement complaisants et les malades qui subissent leur paroxysme sympathique. Je crois que cette discrimination peut être valable pour le sémiologiste, mais elle me paraît difficile à être érigée en loi.

Quoiqu'il en soit, je suis convaincu comme lui que la clinique de l'hystérie bénéficiera dans l'avenir de l'analyse de ces correspondances et de ces mises en branle de réflexes sympathique dont il nous a indiqué clairement aujourd'hui la signification.

Je suis très confus des paroles si élogieuses de M. Dide et ne puis que signaler ici comme je l'ai déjà fait ailleurs, quoique ce sujet dépasse celui qui m'avait été réparti, combien les conclusions qu'il apporte dans ses deux livres « Introduction à l'étude de la psychogenèse » et « L'Hystérie et l'évolution humaine » sont importantes pour la psychiatrie des névroses dans l'avenir et particulièrement actuelles dans le débat qui nous réunit.

Maintenant, à mon ami Tournay : la vieille affection qui nous lie est garante de ce qu'aucun débat sur l'hystérie, aussi passionné fut-il, ne peut y porter ombrage. Il m'a demandé avec cette clarté du physiologiste que nous lui connaissons

tous, si le sommeil hystérique a une sémiologie bien particulière. Ce n'est pas dans le cadre de mon rapport d'insister sur la *sémiologie* détaillée de ces états, elle sera analysée dans un mémoire en voie de publication et on y trouvera, tout au moins partiellement, une partie des observations qui m'ont servi. Je crois, en réalité, qu'entre les états de sommeil pathologique, de catalepsie et de cataplexie, il y a toute une série d'intermédiaires dont il est bien dangereux de définir exactement les caractères différentiels.

J'en arrive aux objections formulées avec tant de brio par MM. Vincent et Froment. M. Vincent croit qu'il y a une différence considérable entre les crises opisthotoniques du blocage ventriculaire telles que nous les voyons dans les processus néoplasiques de la fosse cérébrale postérieure. J'en ai comme lui la conviction la plus absolue et l'ai écrit. Je n'ai d'ailleurs, en aucun moment de mon rapport, identifié ces états avec la crise hystérique elle-même et il est évident que la présentation clinique différentielle qu'il vient de faire des deux est un excellent exercice didactique pour montrer que ce qui se passe dans l'hystérie est différent de ce qu'on voit dans toutes les affections organiques avec lesquelles on a voulu la confondre.

J'ai indiqué fort clairement à la page 203 de mon rapport que je crois que dans certaines crises qui s'accompagnent d'opisthotonos, il y a des *apparences morphologiques*, apparences qui les apparentent à celles que nous voyons libérées à un degré beaucoup plus considérable dans les affections organiques de la loge cérébelleuse.

M. Froment, lui, tente de dresser l'une contre l'autre la *conception de l'école roumaine* et celle que j'ai défendue dans mon rapport. Sans être aussi affirmatif qu'eux sur l'existence d'une *épine* diencéphalique jouant pour l'hystérie le rôle prêté à l'épine cérébrale dans certaines épilepsies, l'école roumaine et nous, nous accordons parfaitement pour reconnaître dans certains symptômes hystériques une perturbation fonctionnelle des ganglions centraux. Mais si, dans la réaction épileptique nous ignorons le rôle que jouent les altérations cérébrales si elles en jouent un, dans la réaction hystérique nous ne trouvons pas d'indice d'une de ces altérations anatomiques ! D'ailleurs, *à priori*, il est bien difficile d'admettre que si le symptôme hystérique était lié à une perturbation du diencéphale, elle-même centrée sur une altération, il suffirait d'une contre-suggestion pour la réduire !

La thèse inspirée par M. Froment à M. Imbert n'apporte pas, quoi qu'il en dise, des conclusions superposables à celles que je défends. Au nom de la doctrine orthodoxe, elle rejette les apports roumains et conteste formellement le bien-fondé de chercher dans la pathologie striée une expérience d'approche de la pathologie hystérique. Le seul point qui nous rapproche est que ces deux variétés de troubles sont *cliniquement* distincts. Cet élément négatif est mis tout à fait à l'avant-plan, tandis que l'élément positif de l'analogie est passé sous silence. Sans doute accorde-t-il un intérêt psychologique à la nouvelle théorie, c'est-à-dire un intérêt spéculatif, mais cette indulgence fait qu'il passe à côté du problème physiopathologique !

Définir les cas sur lesquels porte ces recherches n'est pas suranné : une partie de la discussion sur la physio-pathologie de l'hystérie s'est toujours terminée par l'affirmation que l'accident étudié et exposé n'appartenait pas au pithiatisme orthodoxe. C'est encore la méthode de M. Froment aujourd'hui, qui a certainement négligé le petit paragraphe inséré dans cette intention au début de la deuxième partie de mon rapport.

Ou bien, il faut admettre comme pithiatiques, seulement les accidents très proches de la simulation ou pouvant être reproduits volontairement — et à côté d'eux des accidents non simulés, les deux types étant réductibles par contre-suggestion, mais on voit aussitôt que la première catégorie des sujets ne peut être reconnue que grâce à leur aveu ou à leur complaisance, ce qui n'est pas de nature, à notre avis, à simplifier le problème. Le seul critère pratique est celui de leur *réductibilité, en attendant mieux,* et celui-là s'applique même à ceux qui sont accompagnés d'un véritable cortège de dérèglements physiologiques.

Le critère thérapeutique n'a pas à lui seul une valeur diagnostique. La suggestibilité n'est pas une qualité particulière aux seuls hystériques, mais en attendant mieux, *la sensibilité du groupement de symptômes de l'hystérique à ce facteur est un bon signe de diagnostic différentiel à l'égard des maladies organiques.* Il est hors de doute cependant que cet ensemble de symptômes a, à lui tout seul, une signification importante et nous avons l'impression qu'on en a fait trop bon marché au profit du célèbre critère.

Une seconde objection introduit à notre avis une confusion inutile ; c'est de faire des perturbations physio-pathologiques le *terrain* propre sur lequel se grefferait l'accident pithiatique.

L'accident serait une sorte d'épi-phénomène né d'une demi-simulation inséré sur une constitution endocrino-végétative anormale. Cette scission de deux séries est injustifiée d'autant plus que l'accident suit comme une ombre les oscillations de la constitution, que la rétrocession de l'un s'accompagne de la rétrocession d'un certain nombre de symptômes physiologiques. *Les deux séries sont liées et cela se retrouve depuis les premières observations de l'hystérie.*

Il est hors de doute pour un observateur non prévenu qu'entre le pithiatique qui subit son accident comme un phénomène pénible, pathologique et celui qui s'y complaît et l'entretient, il y a tous les types de passage, mais quelle que soit l'attitude du sujet atteint, le phénomène qu'il présente n'est pas un phénomène que n'importe qui peut reproduire par sa seule volonté.

Le symptôme simulé est monté de toutes pièces, mais les symptômes hystériques n'ont pas le caractère d'un phénomène construit de toutes pièces, au hasard, par n'importe qui.

Cette différence est démontrée non seulement par l'aspect extérieur du symptôme mais par l'incapacité du sujet à le faire disparaître, même abandonné à lui-même.

Je suis sûr que la simulation existe, je suis même très sceptique sur certains troubles dits réflexes ou physiopathiques.

Les pithiatiques sont suggestibles, mais c'est là une qualité très fréquente en neuropathologie et nullement spécifique, mais d'un point de vue objectif, il me parait insoutenable de continuer à défendre que le symptôme hystérique est un incident arbitraire créé de toutes pièces par la suggestion. Ce qui caractérise l'hystérie, ce n'est pas sa suggestibilité, mais que celle-ci aboutisse aux phénomènes connus, qui sont constants aux différentes époques et qui naissent et meurent avec une facilité que nous ne connaissons dans aucun autre état. De cette fragilité même du symptôme, a-t-on le droit de conclure à sa simulation ? C'est l'acceptation de ce *mécanisme arbitraire de l'accident hystérique* qui fait que le médecin prend à leur égard, comme à l'égard de quelques autres malades de moins en moins nombreux, une attitude de moraliste, sinon de réformateur. L'hystérique des hôpitaux est ironisé, méprisé, discrédité, dès qu'il est reconnu ; quand il a la bonne fortune de ne pas l'être, il est appareillé, plâtré et opéré et il arrive qu'il guérisse ! Mais l'orthodoxie a été poussée si loin par certains, que l'hystérie discrédite ceux qui s'y intéressent : quand on

parcourt la littérature neurologique d'un grand pays, où la condamnation a sévi avec rigueur, on est tout surpris de voir brusquement ce sujet disparaître de l'ordre du jour, alors qu'une rivière, qu'un bras de mer et qu'un océan plus loin, le même sujet continue à être très gravement analysé.

Le progrès réalisé actuellement dans l'étude de l'hystérie est ainsi d'ordre moral : votre nombreuse présence, tous les documents versés à cette discussion saluent une nouvelle étape : *l'hystérie mérite une approche psychophysiologique, comme toute autre maladie ; elle doit cesser d'être une sorte de compromis inquiétant entre le malade et le médecin,* et je pense que cette concession est bénéfice pour la psychopathologie tout entière.

TROISIÈME RAPPORT

RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

ET

DISCUSSION

DÉLINQUANCE ET CRIMINALITÉ DE L'ENFANCE

Avant d'étudier la délinquance et la criminalité de l'enfance, il importe de donner la définition de l'enfant délinquant et criminel. Cette définition est tellement large, qu'il paraît douteux qu'un enfant quelconque n'ait pas été délinquant à l'une ou l'autre période de sa vie.

Il y a des degrés dans la délinquance, depuis les délits commis par le jeune et inconscient transgresseur de la loi, de qui l'on ne peut exiger qu'il connaisse toutes les lois de l'Etat ou toutes les ordonnances de la Municipalité, jusqu'au délit ou au crime délibérément perpétré par un enfant qui agit en connaissance de cause. De plus, les transgressions de la loi, qui peuvent occasionner des dommages importants à certains parents, ou voisins, et entraîner des plaintes, peuvent n'en causer aucun à d'autres parents ou voisins, qui ne demandent aucune poursuite. Enfin, l'activité déployée par la police quant aux arrestations est, elle aussi, variable.

De même, il nous faut interpréter le titre qui a été fixé à notre rapport par le Bureau du Congrès, « Délinquance et criminalité de l'enfance ». Il nous a paru évident qu'il ne s'agit pas seulement de l'enfant, mais aussi de l'adolescent, et, d'une façon plus générale, du mineur au sens légal du mot, c'est-à-dire du mineur de 18 ans, visé par la loi du 22 juillet 1912. Ainsi, nous entendons par délinquance et criminalité de l'enfance, pour le mineur de 18 ans, toute infraction à la loi pénale spéciale qui règle, dans les divers pays, la comparution devant le Tribunal des Mineurs.

Le problème de la délinquance infantile et juvénile, dont le Congrès a bien voulu nous confier l'étude, est, au point de vue pratique, la plus importante des questions criminologiques qui puissent être traitées. Si elle était heureusement résolue, la

plupart des problèmes médico-légaux, qui concernent la délinquance de l'adulte, seraient simplifiés.

Toute mesure, qui permet de sauver l'enfant coupable d'un délit, diminue le nombre des criminels adultes. Il n'y a pas de séparation étanche entre l'enfant qui commet un délit et l'adulte qui récidive. Les délinquants et les criminels récidivistes, qui forment la clientèle habituelle des prisons, ont donné, dans leur enfance et leur adolescence, la preuve qu'ils avaient déjà des tendances anti-sociales. Ainsi, le problème de l'enfance coupable est celui de la criminalité de l'adulte.

Dans notre rapport, nous ne pouvons traiter complètement la question de la délinquance infantile et juvénile. Elle peut être envisagée à de nombreux points de vue. Elle intéresse à la fois le sociologue, le juriste et le médecin.

Nous nous limiterons à l'étude du rôle du psychiatre dans le dépistage, l'examen, la sélection, le traitement et le redressement des enfants et des adolescents, délinquants ou criminels.

Dans la partie du rapport qui nous est dévolue, nous nous attacherons à étudier : 1° le rôle du psychiatre, tel qu'il est défini dans la législation des divers pays ; 2° les types cliniques d'enfants délinquants et criminels, tels que le révèle l'examen médico-psychologique ; 3° les caractères psychiatriques des divers délits ou crimes ; 4° le rôle de l'hérédité et du milieu dans le déterminisme de la délinquance et de la criminalité infantile et juvénile. Nous terminerons par les considérations générales et les conclusions pratiques légitimées par notre exposé.

I. — Rôle du psychiatre dans la législation des mineurs des divers pays

En France

La loi du 22 juillet 1912, sur les Tribunaux pour enfants, est la charte de la délinquance infantile et juvénile. Cette loi prévoit, dans son article 4, l'examen médical des jeunes délinquants. Elle le prévoit, mais d'une façon facultative et limitative. La loi prescrit une enquête sur la situation matérielle et morale de la famille, sur le caractère et les antécédents ; elle ajoute : « l'enquête sera complétée, s'il y a lieu, par l'examen médical ».

A la suite d'une expérience faite pendant un an par Roubinovitch, Paul-Boncour et Heuyer, avec leurs assistants : Néron, Robin, Mlle Serin et Grimbert, une lettre du Procureur de la République en date du 15 octobre 1927 et en accord avec l'Administration supérieure, régla le fonctionnement des examens médico-psychologiques des mineurs délinquants de la région parisienne. Ce service fonctionne sous la direction du Dr Roubinovitch. Les jeunes détenus, filles et garçons, sont examinés à la maison d'éducation surveillée de Fresnes. Les délinquants, laissés en liberté provisoire, subissent cet examen, 17, rue de l'Arbre-Sec, au Dispensaire mis à la disposition du Tribunal, par l'Administration de l'Assistance publique de Paris.

Dans cet examen des enfants délinquants, le médecin ne fait pas une expertise médico-légale. Le but de l'expertise médico-légale est la détermination de la responsabilité entière ou atténuée. La loi du 22 juillet 1912 dit que le mineur au-dessous de 13 ans ne peut être pénalement responsable ; pour lui ne se pose pas la question de discernement. Mais, pour les mineurs de 13 à 18 ans, la question de discernement est posée. Or, l'examen médico-psychologique, tel qu'il a été institué à Paris, s'inspire d'un tout autre principe, beaucoup plus médical et psychiatrique, que juridique. Le but de l'examen médico-psychologique est de faire un diagnostic, d'établir un pronostic, et, s'il y a lieu, de proposer une mesure ou un traitement. Le médecin précise l'état intellectuel et moral de l'enfant examiné et fait une proposition de mesure médico-sociale, en vue d'un traitement ou d'un placement. A aucun moment n'intervient la notion de responsabilité. Si le juge ne se trouve pas suffisamment éclairé par l'examen médico-psychologique, il peut nommer spécialement un expert, auquel il pose les questions sur lesquelles il lui paraît important d'être fixé.

L'examen médico-psychologique est précédé d'une enquête sociale, faite par une des organisations agréées : Sauvegarde de l'Adolescence, pour les garçons ; Marraines Sociales, pour les filles. Cette enquête est à la disposition du médecin au moment de son examen. Pour les mineurs au-dessous de 13 ans, l'enquête sociale est faite par le Service Social de l'Enfance en danger moral, qui fait aussi les enquêtes rendues nécessaires par les demandes de correction paternelle et par les jugements de déchéance.

L'examen médico-psychologique systématique a existé d'abord dans le département de la Seine. Depuis 1930, un cen-

tre de triage a été créé à Lyon et est constitué par des pavillons réservés aux jeunes détenus des prisons St-Joseph et St-Paul (Etienne Martin et Victor Mouret). L'examen médico-psychologique n'existe pas encore dans tous les tribunaux des mineurs en France. De nombreuses villes ont suivi l'exemple de Paris et de Lyon : Toulouse, Marseille, Lille, St-Etienne et, plus récemment, Bordeaux et Grenoble.

En Belgique

La loi du 15 mai 1912, dite « loi Carton de Wiart », sur la protection de l'enfance, envisage, au chapitre II, les mesures à prendre à l'égard des mineurs traduits en justice, et, par l'article 21, elle reconnaît l'existence d'enfants anormaux parmi la jeunesse délinquante. L'article 29 complète la pensée du législateur.

Désormais, le simple doute quant à l'état physique ou mental suffit, pour déterminer le Juge à faire procéder à l'examen proposé. La plupart des juges font procéder à l'examen de tous les enfants qui leur sont déférés. La loi ne donne aucune définition de l'enfant anormal ; elle s'applique à l'anormal physique, comme au déficient sensoriel ou moteur, et au débile mental.

Pratiquement, tous les enfants qui passent devant le Tribunal des mineurs, sont soumis à un examen psychiatrique et à une enquête sociale. L'examen terminé, le médecin-directeur, ou son assistant, donne une conclusion d'ensemble et fait une proposition, qui est transmise au Juge.

En Suisse

Nous ne pouvons pas étudier dans le détail la juridiction des mineurs dans tous les cantons suisses.

Dans le canton de Genève, la juridiction de l'enfance a été établie par la loi du 4 octobre 1913, instituant une Chambre pénale de l'enfance.

La loi du 4 octobre 1913 a supprimé la traditionnelle question du *discernement,* qui met en cause surtout la valeur intellectuelle du mineur alors qu'il faut examiner son développement moral.

Le Juge ne soumet pas tous les mineurs à une expertise médicale. Il envoie au psychiatre les enfants dont les troubles

mentaux sont nettement caractérisés, et ceux dont l'état mental est douteux. Quand il estime que l'état mental est sain et que le délit a été commis « avec une volonté malicieuse », le Juge n'envoie pas l'enfant au psychiatre.

D'après l'article 15, si l'enfant est anormal ou malade, le Juge décide le renvoi du dossier à l'autorité administrative en vue du placement dans un hospice ou dans un établissement approprié (Bel-Air, Echichens, pour les épileptiques, etc.).

Le projet du nouveau Code pénal suisse prévoit, dans ses articles 80 et 96, que le mineur délinquant doit être soumis à un examen physique et mental et que l'on peut requérir encore un examen médical.

Enfin, le projet de révision de la loi genevoise du 4 octobre 1913 prévoit l'adjonction, comme assesseurs du Juge des enfants, d'un médecin et d'un instituteur.

En Allemagne

Le service médical est institué par l'article 31 de la loi des Tribunaux pour enfants du 16 février 1923.

Cette loi, sur les Tribunaux des mineurs, dit, dans son article 3, « qu'un mineur ne peut être puni si, au moment du délit, d'après son développement mental et moral, il n'est pas capable de comprendre que son action est criminelle ». La loi ne parle nulle part de troubles mentaux. En général, c'est le Juge qui décide si cet article peut être appliqué ou non. Le Juge n'est pas obligé de demander une expertise, le Tribunal reste tout à fait indépendant et libre de sa décision. Pratiquement, le médecin intervient souvent, grâce à la loi pour « la protection sociale de la jeunesse ».

La loi pour les Tribunaux des mineurs prescrit que l'Office pour la protection de la jeunesse (jugendamt) est prévenu dans chaque cas où l'instruction est ouverte contre un mineur. Cet office est chargé de l'enquête sociale et doit faire un rapport très détaillé au Tribunal. Les Assistances sociales vont voir l'inculpé et sa famille, et remettent un rapport au directeur de l'Office.

D'après la loi sur la protection sociale de la jeunesse, dans le conseil d'administration, doit se trouver le médecin de l'Etat ou de la commune. D'après le règlement, les rapports sont lus et discutés dans les séances du conseil d'administration, c'est-à-dire en présence du médecin. Celui-ci connaît donc tous les

cas où un mineur est inculpé. Il a le droit de demander que l'inculpé lui soit présenté. Il peut l'examiner et ajouter un rapport médical au rapport de l'Assistance sociale. Le rapport du médecin est lu à la séance du Tribunal. Si le médecin s'intéresse aux questions psychiatriques et aux questions sociales, il peut avoir une grande influence.

En Espagne

L'intervention du médecin auprès des Tribunaux pour enfants est prévue expressément par l'article 73 du règlement provisoire pour l'application de la loi concernant les mineurs (décret-loi et règlement du 3 février 1929). Le rôle de psychiatre dans cette législation est purement consultatif.

En Italie

Le décret-loi du 20 juillet 1934 a institué et organisé les tribunaux pour mineurs. M. de Casabianca a fait une étude très complète sur les nouveaux tribunaux pour mineurs en Italie (1).

Lorsqu'une expertise est jugée nécessaire, l'expert peut être appelé immédiatement et donne son avis aussitôt : s'il ne peut le faire, l'affaire est remise et le tribunal ordonne l'internement du mineur dans un établissement de réforme, un asile judiciaire d'aliénés ou un centre d'observation. Les parties ont le droit de citer un conseil technique qui est entendu à l'audience à laquelle le procès est repris.

L'article 8 prévoit des *centres d'observation,* organisés par l'Œuvre Nationale pour la protection de la maternité et de l'enfance et destinés à recueillir et hospitaliser les mineurs de 18 ans abandonnés ou arrêtés pour des motifs de sûreté publique ou, pour quelque raison que ce soit, en attente d'une mesure judiciaire ou d'internement dans un établissement de correction. Ils ont pour but principal de procéder à l'examen scientifique du mineur, d'en établir la véritable personnalité et de signaler les moyens les plus propres à assurer sa récupération à la vie sociale. Tous les enfants qui passent devant le

---

(1) Pierre de Casabianca. — « Les nouveaux tribunaux pour mineurs en Italie » (*Bulletin de la Société française de législation comparée* (1934).

Tribunal séjournent dans un Centre d'observation et sont ainsi soumis à l'examen médico-psychologique.

Enfin, la loi prévoit que le Tribunal des mineurs doit comprendre une personnalité connue par ses travaux sur les mineurs délinquants. Ainsi un psychiatre, comme le Professeur di Tullio est juge au Tribunal des Mineurs de Rome.

En Grande-Bretagne (Angleterre et Pays de Galles)

Le régime de la liberté surveillée dépend de la loi relative à la mise en liberté surveillée des délinquants, de 1907 (Probation of under act). La loi des enfants de 1908 (Children act) prévoit des services auxiliaires parmi lesquels des cliniques médicales dans quelques grandes villes. En particulier, à Londres, on a établi des cliniques soumises au contrôle médical pour l'observation et l'étude des cas difficiles, surtout quand il y a lieu de croire à des troubles mentaux ou nerveux. Certaines de ces cliniques remplissent le rôle d'experts auprès des tribunaux pour enfants. On peut mentionner entre autres, à Londres, la Clinique Tavistock et la Clinique d'orientation infantile, cette dernière créée grâce au « Commonwealth fund of America ».

En Amérique

Il est impossible d'indiquer d'une façon précise les modalités de fonctionnement de la loi des mineurs qui a fonctionné pour la première fois à Chicago, en 1899. Les modalités de la loi varient dans chacun des Etats de l'Amérique du Nord.

Dans les tribunaux du *Comté de New-York,* l'audience, à laquelle comparaît l'enfant délinquant, est précédée d'une enquête approfondie sur l'état physique et mental de l'enfant. C'est le Bureau des délégués à la protection de l'enfance qui entreprend cet examen, avec l'assistance de la clinique psychiatrique de l'hôpital.

A Philadelphie, l'acte qui règle le fonctionnement du tribunal pour enfants date de 1903. Le rapport de 1933 précise que le service médical, qui dessert le tribunal pour enfants, pratiqua 5.900 examens de mineurs.

Afin de mener à bien ce travail, le médecin-chef est assisté d'un pédiatre, d'un ophtalmologiste, de 4 experts en psychiatrie, de 2 psychologues, de 4 femmes médecins, dont l'une est spécialement chargée des travaux de laboratoire du tribunal

et les 3 autres des recherches médicales et gynécologiques. Les médecins sont assistés par 13 infirmières à temps plein. Le service médical fut primitivement créé dans le but d'établir le diagnostic physique et mental des délinquants, afin d'éclairer le Juge en ce qui concerne les mesures à prendre. Mais, outre cette fonction, le service médical s'occupe du traitement éventuel des cas en cause, et à 10 infirmières à temps plein, est dévolue la tâche de suivre les cas placés sous surveillance légale.

II. — Etude clinique

Au Tribunal des mineurs de la Seine, le nombre des enfants poursuivis a varié considérablement depuis la loi de 1912.

En 1912, 5.767 garçons et 848 filles furent arrêtés à Paris pour délits de droit commun.

En 1914, commença à fonctionner le Tribunal des mineurs.

En 1918, sur 5.667 arrestations d'adolescents, 4.486 ont été traduits devant les tribunaux.

En 1922, 3.616 ; en 1923, 3.715 ; en 1924, 4.310 ; en 1927, 2.498 ; en 1928, 1.943 ; en 1929, 1.879 ; en 1930, 1.914 ; en 1931, 1.606 ; en 1932, 1.572 ; en 1933, 1.133 jugements ont été rendus par le Tribunal des mineurs de la Seine.

Ainsi, on constate, depuis que fonctionnent les tribunaux spécialisés pour les mineurs délinquants, une diminution très sensible du nombre des enfants traduits en justice. Ces chiffres semblent prouver l'efficacité des mesures prises contre la délinquance infantile et juvénile, et, en particulier, l'excellence de la loi de 1912 sur les tribunaux pour enfants et la liberté surveillée.

En réalité, cette diminution du nombre des enfants délinquants est une apparence. Pour l'apprécier à sa juste valeur, il faut savoir qu'il y a un nombre croissant d'affaires restées sans suite. Les Tribunaux ont tendance à ne plus poursuivre les adolescents coupables de petits délits. De plus, le nombre des enfants a diminué depuis 1914.

Théoriquement, tous les mineurs qui passent devant le Tribunal de la Seine devraient avoir été soumis à un examen médico-psychologique. Toutefois, Roubinovitch (1) note que,

---

(1) Jacques Roubinovitch. — « La criminologie infantile et la déficience mentale infantile. » *Presse Médicale*, 25 août 1934.

sur les 1.133 délinquants de l'année 1933, le service médico-psychologique du Tribunal pour enfants n'a examiné que 660 mineurs de 18 ans.

Les juges d'instruction ne soumettent pas à l'examen médico-psychologique, qui n'est pas rendu obligatoire par la loi, plusieurs catégories de mineurs : les mineurs de moins de 13 ans qui sont examinés à Paris au Service Social de l'Enfance en danger moral, les jeunes sujets qui ont commis des délits d'importance minime ; quelques récidivistes qui ont déjà été examinés précédemment ; et quelques prévenus libres, dont l'infraction a paru insignifiante.

Parmi les enfants délinquants, étudiés du point de vue psychiatrique ou médico-psychologique, il faut distinguer deux catégories :

1° ceux qui apparaissent, au point de vue intellectuel et moral, comme des enfants normaux, qu'une éducation passivement ou activement mauvaise a amenés à commettre un délit ;

2° les enfants qui sont atteints d'une anomalie mentale plus ou moins discrète, plus ou moins grave, en fonction de laquelle ils commettent des délits d'un caractère particulier, selon leur état mental.

Nous indiquerons plus loin quelle est la proportion des uns et des autres dans diverses statistiques. Il n'existe pas un type constant, unique, d'enfant délinquant ou criminel. La délinquance et la criminalité sont des réactions fréquentes chez certains enfants psychiquement anormaux. Nous donnons de l'enfant anormal la définition suivante : « Enfant qui, sous l'influence de tares morbides, héréditaires ou acquises, présente des défectuosités d'ordre intellectuel et moral qui l'empêchent de s'adapter spontanément à son milieu social. » (Régis, P.-Boncour, Heuyer).

Le milieu social de l'enfant est représenté par la famille, l'école et l'atelier. L'adaptation sociale se juge par la possibilité d'acquérir un métier, et par l'absence de nocivité. Dans la question qui nous occupe, c'est le deuxième terme : l'existence des tendances nocives, qui est le plus important.

Tout crime et délit est en général une conséquence d'un trouble du caractère, ou d'une mauvaise adaptation aux règles sociales, qui constituent la moralité.

Les tendances nocives, anti-sociales, qui amènent à la délin-

quance, ne se rencontrent pas chez un seul type d'enfant anormal, mais chez plusieurs types d'enfants psychiquement anormaux.

Nous étudierons successivement :

1° l'enfant normal,
2° les débiles intellectuels,
3° les déséquilibrés du caractère.

I. — Enfant normal

Parmi les enfants délinquants, il existe un certain nombre d'enfants dont l'intelligence est normale, dont le caractère paraît bien équilibré, et qui ont été amenés à la délinquance par suite des effets d'une mauvaise éducation familiale, ou des fâcheuses conditions du milieu.

Etudiant dans notre rapport la question de la délinquance infantile et juvénile, uniquement du point de vue psychiatrique, nous n'insisterons pas actuellement sur les divers processus psychologiques qui peuvent amener un enfant normal à commettre un délit. Nous aurons l'occasion de revenir sur cette question en étudiant, dans l'étiologie de la délinquance, l'action du milieu où l'enfant a vécu.

II. — Les débiles intellectuels

Parmi les enfants délinquants, on ne trouve pas *d'idiots* à qui l'absence des fonctions de relation ne permet pas d'atteindre la notion sociale du délit.

A ce degré le plus bas, les débiles ont besoin d'une assistance complète, et ils sont en général l'objet d'une surveillance qui leur ôte toute nocivité.

Les *imbéciles* peuvent devenir des délinquants. Leur insuffisance intellectuelle qui ne leur permet jamais de dépasser le niveau mental de 7 ans, les rend en général incapables de toute acquisition pédagogique. En toute circonstance, le diagnostic de leur insuffisance mentale est facile. S'ils commettent un délit, c'est par manque de surveillance. Chez eux, la fugue, le vol, et surtout les délits sexuels sont fréquents.

Les *débiles intellectuels simples,* ou débiles d'école primaire (Binet), arriérés moyens et légers (Régis), correspondent aux feebleminded de Schuttleworth, aux déficienti et tardivi

(Sante de Sanctis), aux Bildungsfähige de la classification allemande.

Ces débiles intellectuels peuvent fréquenter l'école, mais ils restent au point de vue pédagogique des arriérés, même quand ils ont été mis dans la classe ou l'internat de perfectionnement qui convient à leur degré d'intelligence. Ils peuvent avoir quelques qualités brillantes, la mémoire souvent, l'imagination quelquefois, mais cette supériorité n'est qu'une illusion, elle est incapable de s'appliquer à un but scientifique. Physiquement, ils peuvent être bien développés ; le plus souvent, ils présentent un retard physique, ils restent longtemps des infantiles. Accompagnant leur débilité mentale, on observe presque toujours chez eux des symptômes de débilité motrice.

On peut décrire plusieurs types de débiles intellectuels. Il en est deux principaux :

a) les débiles apathiques qui montrent une incapacité chronique à tout effort, à toute activité, à toute persévérance. Tout ce qui flatte leur paresse d'esprit leur plaît. Ils se complaisent dans une sorte de torpeur intellectuelle. Chez ces débiles indolents, à l'intelligence lente et paresseuse, la débilité motrice s'associe à l'apathie intellectuelle.

b) les débiles excités. — A l'infériorité intellectuelle s'associe une instabilité plus ou moins grande, une agitation plus ou moins continue. Ces enfants sont irréguliers dans leur travail et sujets à de brusques changements d'humeur. Incapables de fixer leur attention, ils changent continuellement de travail et de jeux. Ils bavardent et s'agitent, ils ont besoin de sortir et de se déplacer. Ils font des fugues niaises qui ne les mènent jamais très loin.

Les réactions de ces débiles intellectuels simples, sans perversion, ont divers caractères qui expliquent leur mode d'accès à la délinquance. La passivité, l'indifférence, l'entêtement, les entraînent quelquefois à des refus d'obéissance qui n'offrent pas de gravité à l'âge scolaire ou dans la vie professionnelle de l'atelier, mais qui peuvent être à l'origine de fugues et de vagabondage. Leur impulsivité les rend incapables de réfréner par la réflexion et la volonté délibérée leurs instincts et leurs appétits. Ils cèdent sans contrôle à leurs désirs brusques et immédiats, d'où vols, fugues, vagabondage. Tous ces délits

sont caractérisés par la pauvreté des mobiles et l'incohérence des moyens. Surtout les débiles intellectuels, inertes et passifs, offrent une suggestibilité qui contraste quelquefois avec leur entêtement habituel. Malléables et versatiles, ils se laissent entraîner vers le plaisir immédiat et facile à atteindre, ou bien ils sont amenés à la délinquance par l'imitation. Ces débiles peuvent être dressés à commettre des escroqueries et toutes sortes d'autres délits.

III. — Les déséquilibrés du caractère

Les enfants déséquilibrés présentent une dysharmonie des qualités affectives.

Nous décrirons un certain nombre de types cliniques de déséquilibre du caractère. Nous ne voulons pas discuter la question de savoir si les troubles du caractère sont constitutionnels ou acquis ; nous aurons l'occasion ultérieurement d'indiquer quels sont les problèmes étiologiques qui se posent à leur sujet.

Nous ne voulons pas dire non plus que les types cliniques que nous décrivons se rencontrent avec une netteté absolue chez les enfants délinquants. Il faut d'abord s'entendre sur la valeur des termes. Nous donnons du caractère la définition suivante : « *tendances de nature affective qui dirigent les réactions de l'individu aux conditions du milieu extérieur* ». Le caractère est un composé de tendances diverses, les unes fortes, les autres faibles. Les premières peuvent se manifester avec plus de fréquence, mais elles n'empêchent pas les tendances plus faibles de se montrer et même de l'emporter dans certaines circonstances. L'étude des tests de caractère (1) montre que, chaque enfant, présente une tendance affective prédominante qui dirige ses actes et qui, le plus souvent, déterminera le sens de sa conduite pendant toute sa vie. D'autres tendances peuvent s'associer à la tendance principale ; nous aurons l'occasion d'indiquer comment elles naissent, se développent et comment l'une prend le pas sur les autres. Nous montrerons aussi que la connaissance de ces tendances complexes permet d'utiliser le développement des tendances accessoires au grand

---

(1) G. Heuyer, Mlle Courtial, MM. Dublineau et Néron. — « Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile. » *Annales médico-psychologiques*, juillet 1934.

profit de l'éducation et du redressement des troubles du caractère.

Quand nous décrivons des types cliniques, chez des enfants délinquants, nous voulons seulement décrire les tendances affectives principales qui constituent des traits de caractère essentiels ; on peut en trouver tous les éléments chez les sujets normaux ; exagérés et devenus pathologiques, ils peuvent paraître isolés et légitiment leur individualisation en des types cliniques particuliers.

En présence d'un enfant coupable, pour éviter la récidive, il est plus important de préciser le caractère du délinquant que la nature du délit, pour prendre la mesure bien adaptée de traitement médical, de redressement moral ou même de ségrégation prolongée.

1° *Les émotifs.* — Les émotifs présentent une timidité pathologique qui peut être l'origine de fugues et de vagabondages. Très fréquemment, pour un motif futile : mauvaise note à l'école, renvoi de l'atelier, etc., l'enfant n'ose pas rentrer chez lui par peur des sévices paternels ; le vagabondage s'ensuit. Quelquefois, entraîné à des mensonges successifs et entrant dans l'engrenage de la dissimulation, il commet des vols pour rapporter l'argent de la paie qu'il ne touche plus et qu'il veut présenter quand même à son père. C'est un des multiples types de délits que l'émotivité, une timidité excessive, la peur de la punition, peut déterminer chez l'enfant ou l'adolescent.

L'étude que Rebierre fit du « timide délinquant dans l'armée » s'applique au timide délinquant à l'atelier et met en évidence l'importance de l'émotivité dans la genèse des faits délictueux qui amènent le coupable devant les tribunaux. La peur s'accompagne d'inhibition ou d'une excitation spéciale. Elle se manifeste par des actes désordonnés en vue de la fuite ou de la défense ; l'angoisse, traduite par l'agitation motrice, peut prendre la forme et avoir les effets de la colère. La peur peut être à l'origine de réactions violentes aboutissant aux coups et blessures, quelquefois au meurtre.

Surtout, l'émotivité est un terrain favorable au développement des obsessions et des impulsions. A l'époque de Magnan, et de la doctrine de la dégénérescence, le chapitre de la délinquance, consécutive aux obsessions, était une mine inépuisable de types considérés comme pathologiques. Magnan a rapporté

des obsessions entraînant des délits même dans le jeune âge. Il rapporte un fait de kleptomanie observé à l'âge de 14 ans (1). Cette impulsion, qu'il considère comme irrésistible, était associée à d'autres obsessions.

En réalité, la kleptomanie légitime de l'enfant comme celle de l'adulte est rare ; nous en avons pourtant rencontré des cas incontestables.

Enfin, parmi les enfants émotifs, il faut faire une place importante à ceux que leur état affectif rend particulièrement sensibles à une situation pénible : malformation physique, situation familiale anormale, fâcheuses conditions sociales. Ils réagissent à cet état d'infériorité par une évasion, le plus souvent imaginative. Ce sont les « schizoïdes ». Cette évasion ne reste pas toujours dans le domaine imaginatif. Quelquefois, elle se manifeste par des actes. Un certain nombre de faits de délinquance ont, à leur base, un complexe d'infériorité (Adler), chez des enfants émotifs qui deviennent des fugueurs, des vagabonds, et quelquefois même des criminels, par une sorte de revanche contre la situation dont ils souffrent. Nous aurons l'occasion de revenir, dans l'étiologie, sur les faits de cet ordre et la réaction d'opposition qui les détermine.

2° *Les cyclothymiques.* — La délinquance infantile est quelquefois une manifestation de la cyclothymie. Quand celle-ci se manifeste précocement dans l'enfance, il peut s'agir de véritables crises d'excitation maniaque ou hypomaniaque, intermittentes, identiques aux crises de l'adulte.

Mlle Thérèse Revon, dans sa thèse, en 1923, a rapporté des exemples de manifestations cyclothymiques qui ont entraîné des poursuites judiciaires.

Il existe un type particulier d'excitation intermittente qui se caractérise spécifiquement par une délinquance à répétition. Nous avons déjà attiré l'attention sur ces faits dans notre thèse (2) et dans divers articles sur les troubles du caractère de l'enfant. Logre (3) a isolé ce type sous le nom de « poussées intermittentes et paroxystiques, aboutissant à la délin-

---

(1) Magnan. — « De l'enfance des criminels considérés dans ses rapports avec la prédisposition naturelle au crime. » Rap. au *Congrès d'anthropologie criminelle de Paris* (1889).

(2) Heuyer. — « Enfants anormaux et délinquants juvéniles. » *Thèse Paris*, 1914.

(3) Logre. — *Pratique Médicale Française*, 1928.

quance ». Gelma (1) a insisté aussi sur la « psychose périodique et la délinquance à répétition ». Les réactions consistent surtout en actes d'agressivité contre l'entourage et l'autorité : outrages, violences, coups, bris de clôtures. Cette forme de délinquance périodique, liée à la folie intermittente, pose à l'expert un problème difficile à résoudre.

Les enfants et les adolescents peuvent aussi présenter, comme l'adulte, des crises de dépression mélancolique, qui se traduisent par des tentatives de suicide, à la prison, après la phase d'excitation hypomaniaque. Il est exceptionnel que la dépression mélancolique aboutisse à un acte anti-social, autre que le suicide.

Il nous faut dire quelques mots, au point de vue médico-légal, des suicides collectifs d'adultes et d'enfants. Il arrive que les enfants eux-mêmes demandent à leurs parents mélancoliques de disparaître. Au moment de l'exécution, un acquiescement inattendu et rapide de l'enfant a pu venir apaiser les scrupules des parents. Le juge doit tenir compte de cette particularité dans l'application de la peine quand l'un des parents a échappé à la mort (Garnier : Affaire du Marquis de Nayves).

3° *Les Instables.* — Les enfants instables constituent un type clinique spécial. Il nous paraît devoir être distingué de l'hypomanie. Il ne s'agit pas d'une manifestation cyclothymique, mais d'un état chronique, qu'on peut considérer comme constitutionnel et qui fait sa preuve neuro-psychique à chaque étape du développement infantile. Les instables présentent, dans la première enfance, un déséquilibre psychomoteur caractérisé par la dissociation des dates d'apparition de la parole, de la marche, de la propreté, etc. Puis, les troubles de l'attention se superposent à la turbulence, à l'agitation continue, au prurit moteur qui oblige ces instables à changer continuellement de jeu ou de travail. Au point de vue qui nous occupe, la conséquence la plus habituelle de l'instabilité psychomotrice est la fugue. Elle peut n'entraîner que la bénigne école buissonnière ; si elle se prolonge, elle aboutit au vagabondage.

Néron, dans sa thèse sur « l'enfant vagabond », a montré que cette instabilité psycho-motrice est la cause la plus fréquente du vagabondage. Celui-ci est sanctionné par la loi de 1921.

---

(1) E. Gelma. — « Psychose périodique et délinquance à répétition. » *Editions Universitaires de Strasbourg*, 1926.

L'enfant instable, incapable de rester longtemps dans la même place ou dans la même profession, ne peut, à la sortie de l'école, apprendre un métier. Il choisit de préférence les métiers qui lui permettent de se déplacer : conducteur de triporteur, groom, garçon de café ; dans ces professions, il subit toutes les tentations qui l'amènent au vol, à l'abus de confiance ou au vagabondage spécial. Quand des préoccupations sexuelles précoces s'associent à l'instabilité, les filles font de la prostitution, et les garçons, quelquefois, de la pédérastie professionnelle.

Plus tard, l'instable manifeste l'intention de s'engager dans la marine. Si, par malheur, il est accepté, il déserte rapidement et devient passible du Conseil de guerre. Or, il arrive que des tribunaux de mineurs proposent, à ces déséquilibrés instables, l'engagement au service militaire ou dans la marine. Nous ne saurions trop déconseiller cette solution, dont les conséquences sont fâcheuses.

4° *Les paranoïaques.* — Les enfants paranoïaques constituent un groupe, dont les caractères sont très précis : la vanité, la méfiance, la tendance à interpréter et à systématiser, font de ces enfants des esprits faux, jaloux et vindicatifs. Révoltés précoces, ils ne peuvent s'adapter à la discipline de la famille, de l'école ou de l'atelier.

Quand ils sont intelligents, ce sont les « mauvais esprits », les « fortes têtes » qui dirigent les rébellions. De bonne heure, ils font des fugues par désir de « vivre leur vie », et par impossibilité de se soumettre à des règles, qu'ils estiment injustes et insupportables.

A l'école, ils ne commettent que des fautes contre la discipline. A l'atelier, ils sèment la discorde et le trouble. Fréquemment, leurs fugues aboutissent au vagabondage au cours duquel ils considèrent le vol comme une légitime reprise individuelle. Souvent, enfin, les dispositions paranoïaques s'associent aux perversions instinctives, et ces troubles du caractère, portés au maximum, aboutissent aux délits les plus graves.

5° *Les épileptiques et les épileptoïdes.* — Nous n'insisterons pas sur les caractères habituels du mal comitial. Les éléments essentiels de tout accident épileptique légitime, qu'il s'agisse des crises convulsives ou des équivalents, sont l'inconscience et l'amnésie.

Les enfants, comme les adultes épileptiques, peuvent arri-

ver à la délinquance, à l'occasion d'un équivalent : fugue, dromomanie ambulatoire, impulsion pyromaniaque, sexuelle ou homicide. Les accès de fureur épileptique ont été souvent décrits. De toute manière, l'équivalent épileptique est facilement reconnu s'il est inconscient et amnésique.

Les épileptiques présentent aussi des troubles du caractère maintes fois décrits (1). Au point de vue médico-légal, leurs réactions impulsives, leur irritabilité, s'extériorisent quelquefois brusquement en des crises de colère violente hors de proportion avec la cause occasionnelle, d'où une humeur batailleuse, une tendance aux rixes, la fréquence des délits pour coups et blessures.

De plus, les épileptiques changent souvent de place « par coup de tête », à la suite d'un motif futile : reproche ou querelle. Leurs fugues, comme leurs colères, sont impulsives, soudaines et inutiles ; elles aboutissent fréquemment au vagabondage.

Les troubles épileptoïdes (2) du caractère expliquent, chez l'enfant, certains délits. L'impulsivité, la brusquerie, la violence des réactions permettent de reconnaître la nature du trouble du caractère. A défaut de la notion de crises convulsives récentes, les antécédents de convulsions infantiles, au cours de la 1re ou de la 2e année, permettent d'établir la nature réellement épileptique des troubles du caractère, qui sont à la base du délit.

6° *Les hystériques.* — Nous ne dirons que quelques mots des enfants hystériques, pour les éliminer de notre classification, car l'hystérie infantile n'a pas d'autonomie. Les enfants dits hystériques sont des sujets mythomanes et suggestibles dont le déséquilibre imaginatif se traduit par le mensonge et la simulation. L'enfant, dit hystérique, offre, à plusieurs degrés, les manifestations des tendances instables ou perverses ; ses réactions anti-sociales et ses délits se confondent avec ceux des instables ou des pervers.

7° *Les pervers.* — Les perversions dites instinctives ont fait

---

(1) Ceillier. — *Congrès de Médecine légale,* Paris, 1930.

(2) Mme Minkowska. — « La constitution épileptoïde. Epileptoïdie. » *Encéphale,* 1923, page 545.

H. Wallon. — « La mentalité épileptique. » *Journal de psychologie,* juin 1925.

G. Robin. — « La constitution épileptoïde. » *Soc. Méd. psych.,* 1933.

l'objet du rapport mémorable de Dupré (1) au Congrès de Tunis, en 1910. Nous ne pouvons mieux faire que de renvoyer à ce travail fondamental, qui a fixé les caractères psychologiques, les réactions anti-sociales et les diverses étapes de la vie des pervers instinctifs.

Dans un article intitulé « De l'enfance incomprise à la jeunesse coupable », nous avons lu que le juge Benjamin Shove, de l'Etat de New-York, et le juge Herbert Frenke, de Berlin, déclarent n'avoir jamais rencontré de criminels-nés. Cette affirmation n'a rien qui puisse nous surprendre. Depuis plus de 40 ans, en France, la notion du criminel-né est périmée. Nous ne croyons plus, comme Féret, que : vice, crime et folie = fatalité.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des enfants qui, à cause de leur malignité, ne peuvent s'adapter à leur milieu social : famille, école, atelier.

Il existe plusieurs types de pervers :

1° Le pervers intelligent et capable de suivre une scolarité normale, d'acquérir des connaissances pédagogiques supérieures, de réussir à des examens qui pourraient lui donner une situation stable et enviable. Mais sa vanité, son instabilité, son incapacité de se soumettre à la discipline, de suivre une règle morale et sociale, l'empêchent d'obtenir le résultat que lui permettent ses capacités intellectuelles.

2° Le pervers, débile intellectuel, est souvent illettré. Sa faiblesse de jugement, son manque de réflexion et de sang-froid, associés à ses tendances au mal, font de lui le type de l'être anti-social, aux mauvais instincts déchaînés.

La délinquance des mineurs pervers présente plusieurs degrés :

Dans sa forme la plus simple, elle aboutit au vagabondage, par instabilité, par indiscipline, par nécessité de fuir après un méfait.

A un degré plus grave, le pervers, impulsif et violent, commet des actes d'hostilité, de brutalité, par vengeance ou par nécessité. Il peut être inculpé de coups et blessures, à la suite d'une rixe, de meurtre en cas d'attentat à main armée, pour voler ou se venger.

Le pervers intelligent montre un besoin de faire le mal

---

(1) Dupré. — « Les perversions instinctives. » *Congrès des neurologistes et aliénistes de langue française,* Tunis, 1910.

pour le mal, une malignité sournoise qui l'incite à nuire au maximum. Dès sa jeunesse, il connaît le jeu des lettres anonymes. Les manœuvres de chantage, les abus de confiance, etc., les vols, les incendies, sont les délits habituels des pervers intelligents.

Enfin, les perversions peuvent prendre la forme sexuelle chez certains érotiques : prostituées, pédérastes, souteneurs précoces, etc...

L'avenir des pervers peut être prévu. « Leur iniatimidabilité, leur incorrigibilité, l'impossibilité de leur amendement, la précocité et l'irréductibilité de leurs tendances, font d'eux des récidivistes incessants » (Dupré). Les pervers « constituent un état dangereux permanent » (Pr Garçon). Les 2/3 des prisonniers adultes récidivistes sont des pervers instinctifs qui ont manifesté leurs tendances anti-sociales dès l'enfance.

Nous n'insisterons pas sur la manière dont la malignité des pervers s'exerce, dans la famille, à l'école, à l'atelier. Nous ne tenterons pas d'ouvrir à nouveau leur riche dossier judiciaire, pénitentiaire et administratif. Les graphiques publiés naguère par Henri Colin, illustrent les descriptions qui ont été faites de la vie des pervers et de leurs passages successifs à la prison et à l'asile.

Dans de nombreux cas, l'inutilité des peines est si évidente, l'inintimidalité est si manifeste, que « la folie morale » peut être appréciée par des experts comme un état de « démence ». C'est pour ces pervers instinctifs, déséquilibrés du caractère, délinquants récidivistes, inintimidables, que médecins et criminologistes réclament en France la création d'asiles de sûreté; pour ce type de délinquants, la Belgique paraît avoir résolu le problème de la mesure à prendre.

Chez les filles mineures, les perversions instinctives se traduisent précocement par la fugue, le vagabondage, la débauche et la prostitution. Sur 2.066 filles mineures, arrêtées à Paris, 1.218 le sont pour des faits de prostitution.

Des pervers instinctifs, il faut distinguer trois types particuliers :

1° *Les pervertis.* — Il est peut-être artificiel de distinguer les pervertis des pervers instinctifs. Les seconds ont manifesté leurs troubles du caractère et leur amoralité dès la première enfance. Nous ne voulons pas discuter la question de savoir si ces perversions sont constitutionnelles et dues à l'hérédité,

ou si elles sont acquises et dues aux premières réactions de l'enfant à son milieu. Nous aurons l'occasion de reprendre cette question au chapitre de l'étiologie.

« Les pervertis sont des enfants qui n'ont pas manifesté de troubles du caractère au cours de leurs premières années et qui sont amenés à la délinquance par une éducation activement mauvaise. » (A. Collin).

L'absence de surveillance, les mauvais exemples, les fâcheuses fréquentations, amènent l'enfant à vagabonder, quelquefois pendant la période scolaire, le plus souvent au cours de l'apprentissage. Quelquefois même, l'enfant trouve, dans le milieu familial, des exemples de mauvaise conduite ; il arrive que les parents apprennent à l'enfant à voler ; les exemples de dressage d'enfants à la délinquance ne sont pas rares.

Les enfants pervertis par le milieu ou par les mauvaises fréquentations ne font sans doute que réaliser tardivement des tendances anti-sociales. S'ils imitent les mauvais exemples, c'est qu'ils présentent des dispositions affectives favorables à l'imitation. Théoriquement, les enfants pervertis par le milieu ne sont pas des récidivistes constitutionnels. Arrivés fortuitement à la délinquance, ils devraient pouvoir y échapper si on les change de milieu, si on les surveille, si on les place dans de bonnes conditions d'évolution morale. Le pronostic devrait être meilleur que pour les pervers instinctifs atteints de « folie morale ». En réalité, il est souvent bien difficile de faire la distinction entre les deux catégories de pervers. Quand les perversions acquises se sont manifestées effectivement par des actes de délinquance, ceux-ci suivent la progression habituelle aux délits de tous les pervers, ils s'aggravent : les punitions n'empêchent pas la récidive ; exceptionnellement, le changement de milieu et l'apprentissage d'un métier permettent le reclassement.

2° *Les pervers post-encéphalitiques.* — Depuis les premières observations de Briand, on connaît les troubles du caractère et les séquelles morales que laisse, chez l'enfant, l'encéphalite épidémique (1). Nous croyons pouvoir dire que l'encéphalite épidémique, chez l'enfant, est toujours suivie de troubles du caractère.

---

(1) Léon Mirman. — *Conseil supérieur de l'Assistance publique,* fascicule 3, page 127.
G. Robin. — *Thèse Paris,* 1933.
Menger. — *Thèse Paris,* 1933.

Dans la forme hypomaniaque (Laignel-Lavastine) des perversions post-encéphalitiques, l'excitation que présentent les enfants se manifeste par une agitation et une turbulence, qui nécessitent quelquefois l'internement, mais qui amènent rarement le sujet devant le tribunal des mineurs.

Deux types de perversions encéphalitiques aboutissent à la délinquance.

Quelquefois, elles ont un caractère d'impulsivité, de brusquerie, d'incoercibilité, d'inutilité, avec indiscipline, fugues, vols, violences ; ces réactions ressemblent, dans leur contenu et leur forme, à celles des épileptiques, mais elles sont conscientes et mnésiques.

D'autres fois, les perversions post-encéphalitiques ont un caractère de réflexion, de préméditation, d'intérêt utilitaire, de tendance maligne, intelligente et tenace, qui les apparente aux perversions instinctives.

Avec Le Guillant, nous avons insisté sur les caractères généraux des réactions médico-légales des encéphalitiques. La préméditation n'est qu'apparente ; l'impulsion a un caractère obsédant avec un minimum d'anxiété et de discussion ; la réalisation comporte des éléments nettement pathologiques, notamment un manque d'adresse qui entraîne presque toujours l'arrestation en flagrant délit. Les actes sont stéréotypés ; le même sujet commet les mêmes vols et c'est presque toujours sur des objets de même sorte qu'il porte son choix. Les habitudes de vol s'installent progressivement ; à la fin, l'absence de résistance est totale, la récidive est incessante malgré les condamnations et l'internement.

Le Guillant, avec d'autres observateurs, insiste sur le contraste qui existe entre les réactions délictueuses répétées de ces sujets, et la conservation d'un jugement moral normal et de sentiments affectifs très vifs. Rappelant les études de Claparède et Naville, sur la bradyphrénie des encéphalitiques, il estime qu'il s'agit « bien plus d'attitude active, de réaction et de tentative de l'individu pour échapper à un intolérable sentiment d'infériorité ». Cette théorie ne nous paraît guère s'accorder avec les faits suivants : existence de perversions isolées, sans signes neurologiques, sans bradyphrénie marquée, existence d'impulsions-obsessions ou de perversions isolées qui semblent une production presque expérimentale de l'encéphalite épidémique.

3° *Les perversions du début de la démence précoce.* — Les déments précoces fournissent un certain nombre de délinquants, qui peuvent passer devant le Tribunal des Mineurs et dont la psychose n'est que tardivement reconnue, après la mesure judiciaire. Nous avons insisté naguère sur les troubles du caractère du début de la démence précoce (1). Nous rappelons les éléments essentiels du diagnostic : 1° apparition relativement tardive, formant un contraste avec la vie antérieure du sujet ; 2° hostilité progressive à l'égard d'un ou de plusieurs membres de la famille que le sujet entourait naguère d'affection ; 3° impulsivité imprévue et irraisonnée des réactions, soit dans la résistance négative, soit dans la violence active ; 4° réaction anti-sociale en contradiction avec la moralité antérieure du sujet. Caractère généralement impulsif, bizarre et inutile du délit. Ces troubles du caractère évoluent sur le fond habituel de dissociation intellectuelle, affective et pragmatique du dément précoce.

Quelquefois, les troubles du caractère sont le syndrome prédominant et constituent la forme héboïdophrénique de la maladie (Rinder, Knecht, Halberstadt, Guiraud).

Le caractère particulier de l'affaiblissement intellectuel, la conservation de la mémoire, l'apparent cynisme, l'indifférence souriante aux sanctions, semblent quelquefois aux juges des indications à des lourdes mesures répressives.

Tels sont les types psychiatriques que l'on trouve lors de l'examen médico-spychologique des mineurs délinquants. Chacun de ces types est rarement pur. Il ne représente que la tendance principale de l'enfant. Il y a souvent association de tendances diverses sous la forme de « constellations caractérielles » selon l'heureuse expression de G. P.-Boncour.

Nombreuses sont les statistiques qui concernent la *proportion des anormaux psychiques, parmi les délinquants mineurs prévenus ou condamnés.* (André Collin, Roubinovitch, Paul-Boncour, Mlle Rosenblum, Rouvroy, etc.).

Statistique de M. Roubinovitch (2) sur 660 mineurs de 18 ans examinés en 1933 (438 détenus aux Ecoles de Fresnes et 222 libres).

---

(1) G. HEUYER et Mlle SERIN. — « Les troubles du caractère au début de la démence précoce. » *Annales médico-psychologiques,* 1930, p. 90.
(2) Dr ROUBINOVITCH. — *Presse Médicale,* 25 août 1934.

Anomalies intellectuelles et morales :

Garçons	75,8 %
Filles	80,4 %

Statistique de la Clinique annexe de neuro-psychiatrie infantile portant sur les enfants confiés par le T.M. au Patronage de l'Enfance (années 1931, 32, 33, 34) :

Nombre d'enfants : 792.

Cas sociaux	212	26,8 %
Imbécillité	20	2,2 %
{ Débilité intellectuelle simple { Débilité intellectuelle et troubles du caractère	285	36 %
Troubles du caractère sans débilité	224	28,2 %
Epilepsie	15	1,8 %
Perversions instinctives	35	4,3 %
Démence précoce	3	0,3 %
Perversions post-encéphalitiques	1	0,1 %
Invertis	4	0,5 %
Alcooliques	5	0,6 %

Statistique des mineurs détenus à la Maison d'Education surveillée d'Eysses, durant les années 1932 et 33 et que nous devons à M. le Dr Ducoudray, médecin-chef de l'asile d'Agen :

Nombre de mineurs entrés à la maison d'éducation surveillée d'Eysses en 1932 60
en 1933 72

Total 132

1° Niveau mental :

Débiles mentaux (niveau mental inférieur à 10 ans)	33,9 %
Normaux (niveau mental de 10 à 12 ans)	54,5 %
Normaux supérieurs (niveau mental supérieur à 12 ans)	11,6 %

2° Troubles du caractère :

Hyperémotifs	8,3 %
Cyclothymiques	19,5 %
Impulsifs épileptoïdes	8,3 %
Paranoïaques	25,8 %
Pervers (13 dont 5 invertis sexuels)	9,85 %

Instables	6 %
Déments précoces	2,2 %
Epileptiques	0,7 %
Normaux	18,9 %

Il nous est impossible de commenter ces statistiques aussi longuement qu'il serait utile, et d'en tirer toutes les conclusions qui conviennent.

Nous voulons seulement dire que, dans l'ensemble, elles concordent. Parmi les délinquants qui passent devant le Tribunal des mineurs et qui sont mis en liberté surveillée ou confiés à une Maison d'Education surveillée, on peut admettre que le nombre des anormaux de l'intelligence et du caractère est de 80 % environ et que, seulement 20 % présentent une intelligence et un caractère normaux. Cette conclusion justifie l'examen du psychiatre avant le passage devant le Tribunal des mineurs et sa collaboration dans les différents établissements où sont placés les enfants.

III. — Caractère psychiatrique des délits et des crimes

Les délits et les crimes des jeunes délinquants comportent souvent en eux-mêmes un caractère pathologique qui permet d'établir un diagnostic de l'état mental.

1° Mensonge et simulation

Le mensonge pathologique, la mythomanie de Dupré, a, dans la délinquance de l'enfant, des manifestations spéciales.

Mlle Marie Revon (1) a distingué la mythomanie des débiles à base de suggestibilité, de la mythomanie des pervers à base de malignité.

Parmi les trois types médico-légaux de mythomanie que Dupré a décrits chez l'adulte, on ne rencontre guère chez l'enfant l'auto-accusation criminelle, mais on trouve souvent les deux autres formes :

la hâblerie fantastique,
la simulation de maladie ou d'attentat.

---

(1) Mlle Marie Revon. — « Le mensonge de l'enfant. » *Thèse Paris*, 1922.

a) La hâblerie fantastique est faite de fantaisie imaginative et de faconde. Elle se traduit par des récits inventés, abondants et colorés, des fables vaniteuses, pleines d'exploits romanesques. Les journaux rapportent de temps en temps des faits divers de cet ordre. Il s'agit de déséquilibrés instables, fillettes ou garçons imaginatifs, qui quittent le domicile familial, se font héberger par des personnes charitables qu'ils rencontrent, qu'ils apitoient et qu'ils exploitent. Au moment où le récit est sur le point d'être vérifié, ils fuient de nouveau, quelquefois en commettant un vol. La mythomanie imaginative est généralement associée à l'instabilité motrice. Dupré a donné à ces enfants l'appellation pittoresque et méritée de « fables en marche ».

b) Simulation de maladie ou d'attentat. — Dufestel (1) a étudié la simulation de maladie chez l'enfant. Les causes habituelles de cette simulation sont la paresse, par désir de ne pas aller à l'école ou à l'atelier, ou la vanité, par goût de la mise en scène et le besoin d'attirer l'attention.

Ce sont ces enfants, mythomanes et simulateurs, qu'on qualifiait naguère d'hystériques. Cette simulation n'a d'ailleurs qu'un intérêt familial ou scolaire ; elle n'aboutit pas au délit ; elle est facilement curable.

La simulation d'attentat est plus grave. A la mythomanie s'ajoute une malignité perverse qui aboutit à une fable calomnieuse, à une accusation portée contre des personnages honorables. Jusqu'à ce que la description de la mythomanie par Dupré, fût connue du public, juges et jurés étaient enclins à croire à la sincérité des jeunes accusateurs. Il s'agit presque toujours d'une fillette, mais quelquefois d'un garçon, qui porte une accusation de viol, d'outrage à la pudeur, contre un instituteur, un prêtre ou un médecin. Les annales judiciaires connaissent les affaires célèbres du père Bérard en 1889, de Jamet et Léger en 1897, de La Roncière Le Noury, etc.

Nous ne pouvons développer davantage ces considérations sur la mythomanie chez l'enfant. Les multiples études expérimentales sur le mensonge infantile ont définitivement établi la valeur du *témoignage de l'enfant en justice* (Dupré, Franken, A. Collin, Filbig, Hennings, Marbé, Mme Zillig). Nous

---

(1) DUFESTEL. — *Thèse de Paris*, 1897. « Simulation de maladie chez l'enfant. »

rappellerons seulement que des statistiques et des résultats obtenus par Mme Zillig, 5 % des 266 sujets en expérience se sont abstenus de mentir, 30 % ont menti à chaque fois que l'occasion s'est présentée. La loi refuse aux enfants la qualité de témoin, mais pour la famille, et trop souvent pour le juge, les paroles de l'enfant sont l'expression de la vérité et de la candeur. Or, l'erreur ou le mensonge simple ou la simulation, quelquefois ces trois éléments réunis, entachent généralement le témoignage de l'enfant qui, « à priori », doit être suspect. Avant d'admettre en justice le témoignage d'un enfant, il est nécessaire de faire examiner l'enfant dénonciateur par un psychiatre.

2° Fugues, vagabondage

Les fugues ont souvent une origine et un caractère pathologiques. La fugue amène presque inévitablement au vagabondage, dont la loi du 24 mars 1921 fait un délit.

L'article 270 du Code pénal définit le vagabondage.

La loi du 24 mars 1921 concernant le vagabondage des mineurs de 18 ans, complète l'article 270 par les dispositions suivantes : « Sont considérés comme vagabonds les mineurs de 18 ans qui, ayant, sans cause légitime, quitté, soit le domicile de leurs parents ou tuteurs, soit les lieux où ils étaient placés par ceux à l'autorité desquels ils étaient soumis ou confiés, ont été trouvés soit errants, soit logeant en garni, et n'exerçant régulièrement aucune profession, soit tirant leurs ressources de la débauche ou de métiers prohibés. »

Le vagabondage se complique souvent de mendicité, de prostitution ou de vol.

Nombreux sont les travaux qui ont traité des fugues et du vagabondage des mineurs. Nous renvoyons aux ouvrages de : J. Hélie (1), Jean Rosez (2), Meurice (3), Joffroy et Dupouy (4), Benon et Froissard (5), Néron (6).

---

(1) Jean Hélie. — « Le vagabondage des mineurs ». *Thèse de Droit, Paris*, 1889.
(2) Jean Rozez. — « Les enfants vagabonds. » *Thèse de Droit*, Toulouse, 1900.
(3) Meurice. — « Les fugues chez les enfants. » *Thèse Paris*, 1899.
(4) Joffroy et Dupouy. — « Fugues et vagabondage », Alcan, 1909.
(5) Benon et Froissard. — « Fugues infantiles. » *Annales d'hygiène*, mars 1910.
(6) Néron. — « L'enfant vagabond. » *Thèse Paris*, 1928.

En 1927, sur 2.498 jugements rendus par le Tribunal des mineurs, 795 (399 filles et 386 garçons), c'est-à-dire 30 % du chiffre total, concernaient des cas de vagabondage simple.

Ce chiffre a diminué au cours de l'année 1933. Parmi les 222 prévenus libres, examinés avant leur passage devant le Tribunal des mineurs, 18 seulement, c'est-à-dire 8 %, avaient été arrêtés pour vagabondage simple. En effet, il est rare qu'un vagabond, amené au commissariat de Police, ne soit pas rendu immédiatement à sa famille.

Des journalistes et des hommes politiques ont estimé qu'il est excessif de considérer comme un délinquant un enfant vagabond. Des campagnes de presse tendent à supprimer la loi de 1921, qui devrait être considérée comme une loi tutélaire. C'est au moment où l'enfant fait une fugue, où il est arrêté comme vagabond, qu'il est nécessaire de l'examiner complètement, de faire à son sujet une enquête sociale, et de le soumettre à un examen médico-psychologique, pour déterminer les causes réelles de sa fugue, et l'empêcher d'aggraver ses réactions. En présence d'un enfant vagabond, il est important d'étudier quel mécanisme, pathologique ou social, a déclanché sa fugue et a fait de lui un vagabond. La mesure à prendre est tout à fait différente selon les circonstances qui ont amené l'enfant à quitter le milieu familial et selon le type morbide de son caractère.

Nous aurons l'occasion d'insister sur les anomalies du milieu familial, qui peuvent amener un enfant à commettre un délit. Il n'est pas douteux que certains conflits familiaux (1) peuvent déclancher les fugues de l'enfant. La psychanalyse en tire des conclusions qui ont une part de vérité, mais il est excessif d'attribuer toujours, comme le fait Bovet, la cause du vagabondage de l'enfant à l'inévitable complexe d'Œdipe.

En réalité, les causes familiales ne sont pas toujours suffisantes pour donner une explication complète de la fugue et du vagabondage des enfants. Il y a fréquemment association de causes familiales ou sociales et de causes psychiatriques.



(1) Benon et Froissart. — « Les fugues chez les enfants, influence du milieu familial. » *Bulletin Société de Médecine légale*, 1909.

Les fugues de caractère psychiatrique, qui aboutissent au vagabondage, peuvent être groupées sous 4 chefs :

a) Fugues au cours des psychoses. — On les rencontre surtout au début de la D.P. (1). A cette période, les fugues prolongées sont des incidents fréquents.

b) Fugues au cours d'affections neuro-psychiatriques. — Les troubles psychiques accompagnent les troubles neurologiques. L'*encéphalite épidémique* se manifeste ainsi par des fugues impulsives, avec conscience. Elles ont quelquefois un caractère obsédant et s'apparentent aux impulsions-obsessions des psychasthéniques. Dans d'autres cas, elles sont symptomatiques d'un état maniaque, comme il n'est pas rare d'en observer dans les séquelles de l'encéphalite.

Au cours de l'*épilepsie,* les fugues en état second, avec inconscience et amnésie, sont exceptionnelles. Beaucoup plus souvent, la fugue est une des réactions du caractère épileptique, sur lequel nous avons insisté.

Une autre circonstance intervient pour prolonger le vagabondage de l'épileptique : l'épileptique est renvoyé de ses places dès qu'il a une crise. Ceillier a attiré justement l'attention sur le sort lamentable des épileptiques ; il a réclamé pour eux des asiles agricoles spéciaux, où ils seraient obligés d'entrer pour être soignés, et utilisés dans la mesure de leurs aptitudes.

c) Fugues par débilité intellectuelle. — Les enfants idiots sont incapables de faire des fugues.

Les imbéciles peuvent faire des fugues et, pendant quelque temps, vagabonder. Quand ils sont arrêtés, leur insuffisance intellectuelle est si manifeste qu'elle est l'occasion d'une expertise médico-légale. Les fugues ne peuvent persister que par manque de surveillance.

Les débiles simples sont souvent des fugueurs. Ils arrivent au vagabondage par suggestibilité, par impulsivité ou par impossibilité d'adaptation sociale. C'est la suggestibilité qui est la cause principale du vagabondage des débiles. Ils sont incapables de s'opposer à l'entraînement, aux mauvais conseils, à la mauvaise éducation.

Les enfants débiles sont quelquefois amenés à mendier par des parents amoraux ; d'autres, qui vagabondent, sont dressés

(1) Benon. — « Démence précoce et vagabondage. » *Annales d'Hygiène publique,* 1922.

par des pervers plus intelligents. La mendicité pourtant est relativement rare, à Paris du moins : 6 cas sur 222, soit 2,5 %, au cours de l'année 1933, pour les prévenus libres.

b) Fugues et vagabondage par troubles du caractère. — Ce sont les troubles du caractère qui sont les causes les plus fréquentes du vagabondage de l'enfant :

1° *Le déséquilibre psychomoteur de l'instable,* son besoin continuel de changer d'occupation et de place, l'amène à faire des fugues et à vagabonder. La grande majorité des fugueurs et des vagabonds se recrute parmi les instables (Néron).

2° *Paranoïa ambulatoire.* — Les paranoïaques, qui refusent de s'adapter à la discipline de l'école ou de l'atelier, se disputent avec leur maître ou leur patron, ou éprouvent le besoin de fuir leur famille pour « vivre leur vie ».

Le vagabondage des paranoïaques a été décrit par Joffroy et Dupouy (1) sous le nom de « paranoïa ambulatoire ».

Il n'est pas sans intérêt de voir la fréquence avec laquelle ces fugues se produisent aux approches de la puberté. A ce moment où la surestimation du « moi » est particulièrement développée, où les enfants se croient facilement des incompris ou des victimes, intervient l'interpsychologie familiale dans laquelle les parents montrent une méconnaissance complète du caractère de leurs enfants. On trouve, dans la thèse de Néron, des faits très caractéristiques, particulièrement les observations 16 et 17.

3° Fugues et vagabondage des pervers

Le vagabondage des pervers n'est qu'un épisode de l'ensemble des tendances fâcheuses du sujet. La fugue n'est ni impulsive, ni primitive ; elle est secondaire, logique, combinée, destinée à cacher un méfait, le plus souvent un vol.

Le vagabondage, chez les filles, a comme corollaire habituel la prostitution. Chez les garçons, le vagabondage peut avoir la même conséquence. Quand nous avons fait, avec Roubinovitch et Paul-Boncour l'examen psychologique des enfants de la Petite-Roquette, nous avons été frappés de la fréquence de la *pédérastie* vénale chez les garçons arrêtés pour vagabondage : sur 400 inculpés, 31 ont avoué se prostituer habituellement.

(1) Joffroy et Dupouy. — « Fugues et vagabondage », Alcan, 1909.

Or, un seul était un inverti constitutionnel, les autres étaient arrivés à la prostitution par abandon moral, entraînement, facilité de se procurer de l'argent, ou exploitation systématique par des souteneurs avérés, comme pour les filles ; les rendez-vous se donnent toujours aux mêmes endroits, les actes se commettent toujours dans les mêmes hôtels.

La *prostitution* chez les filles est un problème que nous ne pouvons traiter ici. Elle a sans doute des causes sociales importantes, mais nous indiquerons plus loin le rôle essentiel des perversions sexuelles précoces, dont la prostitution est la conséquence. Quand une mineure est arrêtée pour vagabondage et prostitution, l'examen médico-pyschologique s'impose, au même titre que chez le garçon.

Telles sont les formes et les causes du vagabondage chez l'enfant et l'adolescent. Voici le résumé statistique de 254 vagabonds que nous avons étudiés avec Néron :

Causes sociales (facteur le plus en évidence)	20 %
Causes psychiatriques	80 %
parmi lesquelles :	
débilité intellectuelle	19 %
troubles du caractère	50 %

Fréquents sont les cas où plusieurs facteurs psychiatriques sont associés. Chaque trouble du caractère est rarement isolé ; la modification plus ou moins profonde d'un des éléments du caractère retentit toujours sur l'ensemble. De plus, si les causes psychiatriques paraissent plus fréquentes que les causes sociales, il y a souvent association entre les unes et les autres.

Nous soulignons enfin l'utilité de la loi de 1921 sur le vagabondage des mineurs. Bien appliquée, elle permettrait de prendre, en faveur de l'enfant, toutes les mesures nécessaires pour le préserver de la récidive.

4° Vols (1)

Dans les statistiques du Tribunal pour enfants, le vol est le délit de beaucoup le plus fréquent. Sur 347 prévenus libres, examinés au cours des années 1932 et 1933 à Paris, au Dis-

(1) Schutzenberger. — « Vols chez l'enfant. » *Thèse Paris*, 1921.

pensaire de la rue de l'Arbre-Sec, il y avait 228, soit 65 %, de voleurs.

Le vol est accompli par l'enfant selon les mécanismes divers, dans lesquels nous mettrons en évidence les éléments pathologiques.

Certains *débiles* volent par contagion et entraînement. D'autres débiles accomplissent leurs vols par impulsion. Le débile cède à son instinct : il n'a ni la volonté ni le jugement qui lui permettraient de résister à ses appétits.

L'épileptique et le *post-encéphalitique* volent aussi par impulsion. A noter, chez l'encéphalitique, la forme presque toujours stéréotypée du vol, dans son déclanchement et dans son objet.

Le vol à l'étalage, des imbéciles, des déments précoces, des paralytiques généraux infantiles, est aussi nettement morbide.

Certains *excités* intermittents ont, par période, des tendances à voler, qui s'accompagnent d'autres phénomènes d'excitation ou d'autres impulsions, de caractère cyclothymique.

Chez les *pervers,* enclins à mal faire, le vol n'est qu'une des manifestations multiples de leurs tendances nocives. Les perversions constituent un syndrome. On voit toujours réunis à des degrés divers, le mensonge, la fugue, le vol, les perversions sexuelles. Les réactions sont associées et interchangeables.

Il y a pourtant des perversions électives au vol. Nous avons vu des enfants qui, à l'âge de 3 ans, commettent des vols, non seulement de friandises, mais d'argent ; ultérieurement, la tendance au vol ne fait que s'accroître dans sa gravité et sa fréquence.

Laurent (1), qui a étudié la criminalité infantile dit : « L'enfant qui vole ses parents est un voleur en herbe. » Le Code pénal ne reconnaît pas comme un délit le vol commis au préjudice des parents ; mais l'enfant qui a commencé par des vols domestiques, continue à voler à l'école des objets scolaires ou de l'argent, il vole aussi à l'étalage, chez les commerçants, puis il vole à l'atelier, le patron ou ses camarades. S'il est intelligent et si, garçon boucher ou pâtissier, il est chargé d'encaisser les factures, il commet des escroqueries et des abus de confiance. Ultérieurement, le vol s'aggrave : vol avec effraction, vol à main armée, et le criminel est réalisé.

---

(1) LAURENT. — « La criminalité infantile. »

Il est des vols qui portent en eux une marque très particulière et réellement pathologique. Le vol est quelquefois un acte obsédant. Magnan a rapporté des observations qui paraissent démonstratives. Toutefois, l'expérience nous oblige à reconnaître que, chez l'enfant, comme Antheaume l'a démontré chez l'adulte, la véritable kleptomanie est rare.

Avec Dublineau (1), nous avons décrit un type de vol, sous le nom de « vol généreux ». Il présente une individualité certaine. Lorsque l'enfant, au lieu de garder pour lui le produit du vol, le distribue à des tiers ou en fait profiter des camarades, on peut être assuré que le délit comporte toujours un sentiment d'infériorité, dont le vol est, en quelque sorte, une compensation, comme peut l'être la rêverie dans certains syndromes psychiatriques.

Enfin, chez certains enfants, le vol n'a aucun caractère utilitaire. Il aboutit au collectionnisme (Codet). Il s'agit quelquefois de grands débiles ou de déments précoces au début, très souvent aussi de grands imaginatifs à caractère schizoïde.

Chaque vol doit être étudié, beaucoup moins dans le mécanisme du délit que dans le caractère même de l'enfant.

La conception du vol, devenu un « acte vengeur », un « désir de réparation » (Bovet) (2), n'a ce caractère que chez certains enfants paranoïaques qui unissent, à leurs tendances orgueilleuses, la rêverie mégalomaniaque, ou la perversion maligne.

5° L'incendie

Il est rare de rencontrer, dans les villes, des enfants incendiaires. L'incendie est presque toujours un crime villageois. Les enfants incendiaires mettent le feu à des meules de paille, à des granges, à des tas de bois, à des forêts.

Ce sont habituellement des pervers, dont la malignité se traduit par un goût spécial de la destruction. C'est « la destructivité » décrite par Spurtzheim. Souvent aussi ce sont des paranoïaques qui se vengent. Quelquefois, ce sont des débiles qui ont pris plaisir à contempler le beau spectacle des flammes et qui récidivent jusqu'à ce qu'ils soient arrêtés. Excep-

---

(1) Heuyer et Dublineau. — « Le vol généreux. » *Congrès de Médecine légale*, Paris, 1932.

(2) Pierre Bovet. — « La psychanalyse et l'éducation. » Extrait de l'*Annuaire d'Instruction publique*, 1920, page 28.

tionnellement, ce sont des obsédés qui ne peuvent résister à leur impulsion pyromaniaque. Il est des enfants incendiaires, chez lesquels on peut observer des complexes sexuels : masturbation ou sadisme, qui accompagnent et expliquent l'impulson pyromaniaque. Enfin, il y a des enfants incendiaires chez lesquels il est relativement facile de dépister le mobile affectif. Ce sont des adolescents qui, après avoir mis le feu, appellent eux-mêmes les pompiers et sont au premier rang des sauveteurs dévoués. La récidive stéréotypée des incendies et la conduite du sauveteur héroïque, permettent d'identifier facilement l'auteur du crime. On peut alors mettre en évidence le désir d'attirer sur soi l'attention, par vanité, ou par insatisfaction affective.

6° Les coups et blessures

C'est une manifestation relativement fréquente de la délinquance infantile. Elle peut être le résultat d'une impulsion violente chez des enfants de caractère épileptique, qui s'irritent facilement et qui s'arment, pour frapper, du premier objet qui leur tombe sous la main.

Ou bien, ils sont le fait d'enfants pervers ou brutaux, rancuniers, querelleurs, batailleurs, dont la malignité se manifeste par le besoin de faire le mal de toutes manières. Dans d'autres cas, les blessures sont produites dans une agression à main armée ou pour protéger une fuite, après un vol. Dans les attaques en bande, les coups sont souvent portés par le moins intelligent, que le chef de bande a armé et qu'il a chargé de la défense collective.

7° L'homicide

Il est exceptionnel de rencontrer des meurtriers de moins de 13 ans. Par contre, les meurtres accomplis entre 16 et 20 ans sont plus nombreux que ceux qui sont accomplis entre 30 et 40 ans.

Quelquefois, il s'agit de débiles ou d'épileptoïdes, impulsifs, irritables et violents, qui tuent dans une colère, pour un motif futile, ou sous l'influence de l'alcool.

D'autres fois, ce sont des adolescents rancuniers, vaniteux et jaloux, qui tuent, par vengeance, leur patron, un camarade, ou même un de leurs parents. Les parricides sont presque toujours des adolescents ou des enfants.

Il faut dire que les enfants ne se rendent pas compte, tou-

jours, de la portée de leurs gestes et que la vie des autres, comme la leur, n'a pas, pour eux, la même valeur que pour les adultes.

Le plus souvent, les homicides sont commis par des pervers, voleurs, qui attaquent des personnes sans défense, des vieillards surtout, qu'ils savent isolés et qu'ils croient riches. Il s'agit presque toujours, dans ces attaques à main armée, de crime en association, de pervers intelligents et de débiles suggestibles.

Chez les pervers homicides se vérifie la description faite par Georget, Morel, Trélat, de ces individus « doués de penchants naturels atroces, qui sont la source de crimes inouïs ».

8° Les délits sexuels, prostitution, attentats aux mœurs, manifestations d'érotisme et de débauche

La loi du 11 avril 1908 a exclu les mineurs de 18 ans de la réglementation ordinaire de la prostitution.

Cette loi est applicable : 1° aux mineurs de 18 ans se livrant habituellement à la prostitution ; 2° aux mineurs de 18 ans se livrant habituellement à la débauche ; 3° à ceux qui provoquent la débauche sur la voie publique et en public.

C'est la loi du 24 mars 1921 qui, décidant l'arrestation des mineurs vagabonds, a permis d'incarcérer le plus grand nombre des prostituées, celles qui se livrent à la débauche en dehors du domicile de leurs parents. Ainsi, la prostitution des mineurs est, dans la plupart des cas, assimilable au vagabondage et frappée des mêmes mesures particulières, prescrites par la loi de 1912 sur les Tribunaux pour enfants. Faivre (1) fait justement remarquer qu'avoir voulu rattacher la prostitution au vagabondage, ce n'est avoir recherché qu'une solution *de débarras,* assimilant la fille qui se livre habituellement à la prostitution, dont elle tire ses ressources, à l'enfant sans domicile ni moyen d'existence.

A Paris, les filles mineures qui n'ont pas atteint l'âge de 18 ans et qui sont arrêtées par la police, sont confiées à « l'école de préservation de Fresnes », depuis l'année 1902. La majorité des filles qui y sont détenues attendent leur

(1) Louis Faivre. — « Les jeunes vagabondes prostituées en prison. » *Thèse Paris,* 1931.

comparution devant le Tribunal : ce sont des prévenues. Depuis l'ouverture de l'Etablissement, le nombre des mineures incarcérées n'a cessé de croître ; ce nombre a été conditionné par les modifications apportées à la législation pénale de l'enfance, pendant cette période :

1° la loi du 12 avril 1906, ayant élevé à 18 ans l'âge de la minorité pénale ;

2° la loi du 22 juillet 1912 (sur les Tribunaux pour enfants) ayant institué le régime de la mise en liberté surveillée et la révocabilité du dernier jugement, ce qui peut entraîner une nouvelle incarcération de l'enfant ;

3° la loi du 24 mars 1921, ayant soumis les mineurs en état de vagabondage à la procédure et aux sanctions de la loi de 1912.

Pendant les années 1929 et 1930, les mineures écrouées furent au nombre de 1.088.

Parmi les jeunes détenues, les vagabondes forment le contingent le plus élevé.

Or, parmi les 622 vagabondes arrêtées, 510 d'entre elles se livraient habituellement à la prostitution, les unes depuis plusieurs années ou plusieurs mois, les autres depuis quelques jours seulement. Les mineures arrêtées pour faits de vagabondage sont donc en réalité de jeunes prostituées, dans la grande majorité des cas.

Sur ces 510 prostituées, Faivre rapporte que 100 seulement sont saines. Parmi les autres, il note :

Syphilis	91
Blennorragie	297
Syphilis et blennorragie	22

Ce simple tableau montre la fréquence des affections vénériennes chez les jeunes prostituées : les mineures sont les propagatrices les plus fréquentes et les plus dangereuses des maladies vénériennes (Fournier) (1).

Nous ne pouvons ici étudier d'une façon complète la prostitution des mineurs. Mais à côté des causes sociales de la prostitution (chômage, misère, abandon moral, etc.), il faut faire une large part aux causes individuelles, mentales, notamment aux tendances perverses. Un nombre important de pros-

(1) Professeur FOURNIER. — Rapport sur la prostitution et la police des mœurs, 1904.

tituées manifestent, au moins pendant leur jeunesse, un degré marqué de sensualité (Faivre).

L'homo-sexualité existe souvent chez ces mineures. Dans le groupe des 510 mineures prostituées, vivaient habituellement

seules	284
avec un ami	132
avec une amie	94

mais dans ce dernier cas, les mineures sont souvent entraînées à la débauche par des amies qui les recueillent momentanément ; la prostituée « d'expérience » s'intéresse souvent à l'enfant pour des motifs particuliers, en la prenant sous sa protection.

Chez les garçons, les faits de pédérastie et de prostitution se rencontrent de plus en plus souvent. Il est pourtant très rare de trouver dès l'enfance des faits d'inversion constitutionnelle.

Le pronostic moral et social des prostitués et des pédérastes, quelle que soit leur origine, est le plus souvent mauvais. Paul-Boncour soutient, non sans raison, qu'il y a toujours une tendance constitutionnelle anormale favorisant les manifestations homo-sexuelles, même quand celles-ci paraissent dues à l'entraînement et au mauvais exemple. La prostitution laisse rapidement une empreinte fatale et indélébile.

De la prostitution, il faut rapprocher d'autres manifestations perverses et érotiques. Chez les garçons, il faut faire une place au vagabondage spécial des souteneurs précoces. Il n'est pas rare, surtout dans les grandes villes, que des vagabonds de moins de 15 ans soient arrêtés parce qu'ils se font entretenir par des filles publiques du même âge ou plus âgées. Entre 16 et 20 ans, 834 ont été arrêtés en 10 ans.

Enfin, il faut noter la fréquence des faits d'inceste. Dans l'interrogatoire des filles, on note de plus en plus l'initiation par le père ou, quelquefois, par un frère. Dans quelques cas même, cet inceste aboutit à une grossesse, suivie ou non de tentative d'avortement.

En règle générale, les perversions sexuelles, quelles qu'elles soient, sont encadrées des autres perversions : mensonge, tendance au vol, paresse, malignité. Chez la plupart des pervers, on trouve des manifestations sexuelles anormales. C'est un fait intéressant, qui donne à la psychanalyse matière à exercice. A notre avis, c'est une erreur de penser que le complexe sexuel est à la base de toutes les autres perversions. Il y a un désé-

quilibre, une perturbation de toute la sphère morale, dans tous les rapports de l'individu avec le milieu extérieur, la sexualité étant une des faces de ces rapports sociaux.

Parmi les perversions post-encéphalitiques, qui sont d'ordre quasi-expérimental, les perversions sexuelles sont au premier plan et prennent souvent une forme de délinquance.

IV. Etiologie

1° Hérédité

L'examen psychique et biologique du jeune délinquant le montre souvent victime d'une lourde hérédité. Les tares psychopathiques qui diminuent la capacité de résistance du sujet et qui font de lui un candidat à la délinquance prochaine, sont, le plus souvent, dûes à une hérédité morbide.

L'hérédité ne détermine pas une impulsion fatale au crime; la théorie lombrosienne du criminel-né n'a plus guère de partisans. Mais si les prédispositions héréditaires au crime ne sont pas absolues, il est incontestable qu'un certain nombre de tendances nocives de l'enfant trouvent leur explication dans l'état physique et mental des parents au moment de la conception. Les documents abondent (Magnan et Legrain, Thivol, Raux, Régis et ses élèves, Apert, André Collin, Vervaeck, Naville, Martin, etc.).

Il est banal d'invoquer les *antécédents névropathiques* des parents pour expliquer les anomalies mentales des descendants (Féré, Déjerine, Ribot, Lombroso et plus récemment Davenport, Rüdin, Toulouse, Mme Minkowska, etc.)

La certitude de la transmission héréditaire de certaines maladies nerveuses (Mac Kenniss, Rüdin) la très grande fréquence de l'hérédité similaire des arriérations mentales (Schanahan), des anormaux, des imbéciles, des pervers, des criminels (Naville), la notion des constitutions psychiques morbides (Dupré, Delmas) ont rendu familière la notion de l'hérédité des tares mentales, que l'on rencontre chez les jeunes délinquants et leurs parents. Cette hérédité peut être similaire. Il en est ainsi, particulièrement, de l'hérédité des émotifs, des cyclothymiques, des paranoïaques et des pervers.

L'hérédité criminelle similaire n'est pas rare. Il existe des familles de délinquants.

Le plus souvent l'hérédité est dissemblable : psychopathie des parents qui aboutit à la délinquance de l'enfant.

Mais l'hérédité psychopathique directe ou indirecte est loin d'être constante. Les troubles du développement physique et psychique relèvent aussi des intoxications et des infections transmises par les générateurs ; alcoolisme, syphilis, tuberculose fournissent à la pathologie criminelle les anormaux de l'intelligence, les déséquilibrés du caractère, les épileptiques, etc.

Depuis Magnus Huss, les travaux sur *l'hérédité des alcooliques* sont si nombreux que la preuve est faite de l'influence de l'alcool sur l'origine des tares psychopathiques des jeunes délinquants. Souvent la « folie morale » ne trouve pas d'autre explication que l'alcoolisme des parents au moment de la procréation (L. Vervaeck).

L'hérédo-syphilis est également une cause de dégénérescence que l'on rencontre chez les jeunes délinquants. Elle est variable dans ses formes, elle donne rarement une syphilis proprement dite, cutanée ou nerveuse, mais plutôt des dystrophies physiques et psychiques, plus ou moins spécifiques. En dehors de la paralysie générale juvénile, l'insuffisance mentale que détermine l'hérédo-syphilis n'a pas de caractère étiologique précis, elle ne se distingue en aucune manière de l'insuffisance mentale due à l'alcoolisme ou à la tuberculose des générateurs. Ces trois causes aboutissent aux mêmes effets d'anormalité.

Les mêmes considérations peuvent s'appliquer à la *tuberculose :* depuis la thèse de Hirtz, de Strasbourg (1836) les travaux de Lasègue et de son élève Faneau de la Cour (1871) qui employa le premier le terme « d'infantilisme », de nombreux auteurs, dont Roubinovitch, ont montré la fréquence de la tuberculose chez les parents des enfants délinquants. Landouzy et Laederich ont apporté la preuve expérimentale de l'action de la tuberculose dans les arrêts de développement et les malformations des descendants. Les études récentes sur le virus filtrant tuberculeux peuvent être à l'origine de travaux intéressants, dans ce domaine de l'hérédité.

Les *statistiques* ne manquent pas pour illustrer l'influence de l'hérédité chez les enfants délinquants (Healy, L. Vervaeck, Roubinovitch, Heuyer, Roudinesco, Néron).

2° Traumatismes obstétricaux. Maladies infectieuses acquises dans l'enfance. Etat physique

Le rôle du *traumatisme obstétrical*, d'une naissance en état d'asphyxie, dans l'étiologie de la délinquance infantile, est peu important. Toutefois, le traumatisme obstétrical n'est pas négligeable dans l'apparition des convulsions infantiles qui peuvent être suivies de troubles du caractère à manifestations épileptoïdes et impulsives.

Plus important est le rôle *des maladies infectieuses et contagieuses de l'enfance.*

La connaissance des troubles psychiques polymorphes causés par l'encéphalite épidémique permet de comprendre le rôle de la rougeole, de la scarlatine, de la varicelle, de la coqueluche, de la rubéole, de la diphtérie et de toutes les maladies de l'enfance qui peuvent se compliquer d'encéphalite infectieuse (Comby). Plus nous étudions les manifestations nerveuses et mentales de ces maladies infectieuses de l'enfance, plus nous sommes persuadés que certains troubles du caractère, autant que certaines arriérations mentales tardives, trouvent leur origine dans une encéphalite qui s'est manifestée, d'une façon plus ou moins nette, par de la confusion et de l'onirisme.

L'état physique de l'enfant permet de faire des constatations qui démontrent, dans certains cas, l'association de troubles psychopathiques et d'anomalies morphologiques ou de maladies organiques diverses.

L'état physique des délinquants joue un rôle médiocre dans le déterminisme de leurs actes. Les statistiques sont comparables à celles que l'on obtient dans les milieux sociaux correspondants, chez des enfants non délinquants.

Par contre, l'hérédité et le milieu social ont une importance considérable. L'hérédité névropathique pèse lourdement sur l'enfant délinquant et la fréquence de la dissociation familiale dans les antécédents des enfants délinquants montre l'importance du facteur affectif.

Les psychanalystes ont isolé artificiellement, dans l'étiologie de la délinquance, les troubles de l'affectivité. Le complexe d'auto-punition ou le mécanisme d'échec (Laforgue) peut expliquer certains délits et les inconséquences des délinquants, dont les imprudences bizarres ou absurdes entraînent l'arres-

tation rapide. Tous les complexes freudiens (1) peuvent avoir le même usage : chacun d'eux est passible de critique car l'explication est univoque. Il est excessif aussi d'invoquer en toutes circonstances le complexe d'infériorité (Adler) pour expliquer un délit. La théorie adlérienne représente quelquefois un aspect exact du problème. Quand le délit est une réaction de compensation à une situation dont souffre l'enfant, l'infériorité physique, familiale ou sociale peut déclancher des tendances latentes révélées par l'hérédité et les antécédents personnels. Adler rapporte que l'analyse de 60 cas d'enfants voleurs a montré, dans 50 % des cas, l'existence d'un sentiment d'inaptitude sociale, fondé sur telle particularité qui rend l'individu différent des autres : soit une tare physique, soit le fait d'appartenir à une famille mésestimée, soit l'abandon des père et mère, etc. Ces réactions délictueuses représentent, en partie, l'effort de l'enfant pour compenser son handicap, pour prendre sa revanche.

C'est en application de théories analogues que Heller distingue la criminalité juvénile, de la criminalité en général. La première a son origine dans une situation psychique particulière de l'adolescence. La « criminalité juvénile » coïncide avec l'existence d'un complexe d'infériorité, en rapport avec un incident de la puberté. C'est une criminalité passagère, qui peut se manifester par des faits très graves sans que, pourtant, l'avenir du sujet soit définitivement compromis. Au contraire, lorsqu'on trouve chez des adolescents dont la puberté s'est installée d'une façon normale, des tendances anti-sociales qui persisteront à l'âge adulte, cette criminalité, en quelque sorte constitutionnelle, est définitive.

Erich Stern (2) avait signalé aussi cette distinction entre les deux sortes de criminalité des adolescents : l'une passagère et l'autre durable, persistant à l'âge adulte.

3° Influence du milieu

Les influences du milieu, comme facteur de la délinquance juvénile, ne sont discutées par personne. Indépendamment

---

(1) Voir : Frédéric-H. Allen. — Facteurs psychiques de la délinquance infantile (*Mentale Hygiène*, octobre 1927).
Th. Heller. — Ueber Kriminalpsychologie des Kindes une des *Jugendlichen Monatsschrift fut Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform.*, 1932, vol. 23, n° 4.
(2) Erich Stern. — Jugendpsychologie und Jugendkriminalitat. *Algemeine Zeitechf. fur Psychothéralpie,* 1928.

de toute autre considération, deux faits dominent le rôle du milieu social dans le déterminisme de la délinquance.

D'une part, « le jeune délinquant appartient aux classes les plus misérables de l'ordre social » (Wets). D'autre part, l'enfant délinquant vit en général dans une famille dissociée ou troublée, qui offre de fâcheuses conditions au développement de ses tendances affectives.

La première constatation est capitale. Les observations varient peu d'un pays à l'autre. Roubinovitch signale que sur 660 mineurs de 18 ans, examinés en 1933, 80 % appartiennent à la classe ouvrière et 17 % à la bourgeoisie.

La statistique est la même qu'il s'agisse d'enfants en prévention à la Maison d'Education surveillée de Fresnes ou d'enfants en liberté provisoire.

L'administration pénitentiaire a bien voulu nous communiquer les statistiques suivantes, sur l'origine sociale des enfants actuellement placés dans les institutions publiques d'éducation surveillée :

1. Milieu rural	20,63 %
2. Milieu urbain :	
a) professions libérales	2,37 %
b) Métiers manuels et services	61,92 %
3. Enfants orphelins ou abandonnés	15,08 %

Par rapport à l'effectif de chaque Etablissement, le pourcentage du milieu social est donné dans le tableau de la page 44.

Ces chiffres sont très démonstratifs. Ils montrent d'une façon évidente que les délinquants se recrutent surtout à la ville et dans les quartiers les plus misérables de la population citadine. La délinquance infantile ou juvénile est, avant tout, un fait social.

Cette constatation n'est pas en contradiction avec la conception de l'origine biologique de la criminalité.

Morel (1), en 1857, avait déjà noté l'influence du milieu social, des industries, des professions insalubres, de la misère, comme facteurs de dégénérescence.

---

(1) MOREL. — *Traité des dégénérescences physiques, morales et intellectuelles de l'espèce humaine*, page 50, Paris, Baillière, 1857.

Milieu social d'où proviennent les enfants	Aniane	Belle-Ile	Cadillac	Clermont	Doullens	Eysses	Saint-Hilaire	Saint-Maurice
I. *Milieu rural :*								
Parents exerçant un métier rural.............	11,03	18,36	30	9,7	21,88	8,80	32,49	32,387
II. *Milieu urbain :*								
a) Parents exerçant une profession libérale......	0,70	—	—	8,5	0,78	6,60	1,15	1,25
b) Parents exerçant un métier manuel ou de service.....................	72,07	62,75	53	65,8	64,06	62,60	54,04	60,99
III. *Enfants orphelins ou abandonnés*.............	16,20	18,88	17	15,8	13,28	22	12,30	4,98

Les tableaux généalogiques dressés par Lidbetter (1) prouvent que tout se tient dans le « problème social du groupement ». On ne peut séparer l'hérédité du milieu. L'enquête minutieuse, faite de 1810 à 1928, dans East-End, un des quartiers les plus populeux de Londres, établit que la dépense représentée par les indésirables, pour la communauté, est causée toujours par les mêmes sujets, qui appartiennent à un nombre restreint de familles. Au cours d'une génération, une seule famille peut produire un nombre considérable d'indigents, de débiles, d'alcooliques, de criminels et d'aliénés.

Pour comprendre la situation des individus à la charge de la société à un titre quelconque, il faut concevoir à la fois les effets de l'hérédité et les conditions de la vie sociale. La misère, la débilité intellectuelle, l'aliénation mentale, la criminalité, la tuberculose et les autres maladies sociales sont inséparables.

Les enquêtes de Lidbetter montrent que, dans les familles tarées héréditairement, le niveau social ne s'élève jamais. La lourde hérédité attache ces familles au plan social inférieur et les mauvaises conditions dans lesquelles elles se trouvent aggravent les conséquences héréditaires. Les classes misérables et indigentes de la population produisent des sujets tarés, qui restent à la charge de la Société et qui deviennent des criminels ; en tout cas, elles constituent des familles qui sont incapables de s'élever dans le rang social. Cette conclusion est analogue à celle de W. Siemens (2).

Quand on étudie les tableaux généalogiques de Lidbetter, on constate la fréquence de l'association des conditions sociales fâcheuses (indigence, vie familiale irrégulière, naissance illégitime, etc.) avec les psychopathies, les maladies chroniques (tuberculose, épilepsie, cécité) et les réactions anti-sociales (alcoolisme et criminalité).

Ainsi, ce n'est pas à cause des conditions sociales seulement, que l'on constate, dans certaines familles, toujours les mêmes, la misère, l'indigence, la dissociation familiale, les conditions illégitimes de la naissance, les divorces. Presque

---

(1) Lidbetter. — *L'hérédité et le problème social du groupement.* London, Edward Arnold, 1933, vol. 1.

(2) Werner Siemens (de Munich). — « Théorie de l'hérédité. Hygiène des races et politique du groupement. » *Bull. Soc. Et. des formes humaines*, 1928, nos 3-4.

toujours ces situations sociales anormales sont déterminées par l'existence de la psychopathie d'un sujet et quelquefois des deux conjoints. L'alcoolisme et la tuberculose sont aussi plus fréquents dans les taudis. Enfin, alcoolisme et syphilis sont générateurs de maladies mentales. Toutes les causes pathologiques et sociales s'associent.

L'enfant qui naît dans une semblable famille subit les résultats de l'hérédité, d'abord par transmission directe, ensuite d'une façon indirecte par la vie dans un milieu anormal et misérable, où les fâcheuses conditions sociales ont été déterminées par les anomalies mentales ou les maladies physiques des parents.

Les théories psychologiques de « l'environment », selon la terminologie américaine, qui ne donnent pas à l'hérédité une place suffisante dans la production des maladies mentales et de la criminalité, sont erronées.

D'autre part, les théories qui subordonnent strictement les qualités intellectuelles et morales d'un sujet aux conditions héréditaires et qui expliquent les troubles psychiques par les tares initiales et isolées d'un générateur, ne renferment aussi qu'une partie de vérité. Il faut des associations multiples, dans un mauvais milieu pour aboutir, au cours des générations, à des types divers d'indésirables. La transmission directe et fatale d'un seul caractère n'est pas la règle, quelquefois même, après une relative sélection, les enfants de la dernière génération peuvent apparaître normaux. Cette conclusion favorable reste exceptionnelle, mais elle peut être un argument contre la sévérité excessive des mesures de stérilisation eugénique.

La criminalité est une maladie sociale. Dans la pathologie sociale, le rôle de la pathologie individuelle et de ses conséquences héréditaires, est inséparable des conditions du milieu.

L'étude du caractère des délinquants que nous avons faite, à l'aide des tests psychologiques (1), confirme les relations inséparables qui existent entre l'hérédité et le milieu. Nous avons constaté qu'on peut mettre en évidence un certain nombre de tendances qui se manifestent dans l'exécution de certains actes ; ceux-ci, dans les mêmes circonstances, se

---

(1) Heuyer, Mlle Courthial, Dublineau et Néron. — *Loc. cit.*

reproduisent toujours de la même façon. On retrouve les mêmes tendances chez tous les sujets, mais à des degrés divers. Chez certains individus, très précocement, une tendance l'emporte sur toutes les autres et il est possible de trouver, dans une hérédité similaire, l'origine de la prépondérance d'un type déterminé du caractère. Dans d'autres cas, c'est au bout de quelques années, selon les réactions au milieu familial ou social, que, par imitation ou par opposition, une des tendances affectives se développe et devient prépondérante. Certaines maladies, l'encéphalite, l'épilepsie ou l'apparition d'une psychopathie, peuvent modifier les tendances affectives d'un individu. Mais le plus souvent les tendances caractérielles sont soumises aux conditions affectives du milieu familial.

L'éducation, l'exemple, jouent un rôle important dans le développement des tendances, dans la mise en valeur des unes ou des autres.

L'hygiène mentale peut lutter efficacement contre l'hérédité des tendances. Une bonne prophylaxie de la criminalité doit tenir compte des conditions affectives diverses dans lesquelles se trouve l'enfant après sa naissance ou dans ses premières années, et dont les conséquences se répercutent dans la constitution de son caractère.

Qu'il s'agisse de Freud ou de ses disciples (Yung, Maeder, Adler, Steekel, etc.), les psychanalystes ont repris, sur un autre plan, les conceptions classiques du rôle de la famille et de l'éducation, dans la formation du caractère. L'établissement de règles éducatives au sein de la famille ou à l'école, dans les rapports de l'enfant avec ses parents, ses frères et sœurs, ses maîtres, ses camarades et, en général, avec le milieu, permet d'obtenir un meilleur équilibre du caractère.

Nous étudierons rapidement les divers éléments du milieu familial et social, qui prédisposent au développement des tendances nocives et criminelles de l'enfant.

Tous les auteurs qui ont étudié les conditions étiologiques de la délinquance infantile ont insisté sur ce fait que la situation familiale anormale se rencontre très fréquemment dans les antécédents d'un mineur coupable. Toutes les statistiques sont concordantes. (A. Joly, Wets, Néron, Rouvroy, Roubinovitch, etc.).

Le facteur principal de la criminalité infantile est constitué par l'infériorité ou la déchéance sociale de la famille et par la

situation familiale irrégulière (60 0/0), d'où l'abandon moral et une éducation « passivement ou activement mauvaise ».

Il en résulte le plus souvent pour l'enfant une *instruction insuffisante ;* c'est dans la rue plus qu'à l'école qu'il fait son apprentissage de la vie.

Roubinovitch note, sur 100 détenus garçons :

Complètement illettrés	5,8 %
Niveau pédagogique inférieur au certificat d'études	68 %
Possédant le certificat d'études	21,55 %
Ayant fréquenté l'école primaire supérieure	3,8 %
Ancien élève de lycée	un seul

Pour les filles de Fresnes et les prévenus libres, les statistiques sont identiques.

G. Paul-Boncour (1) note que, chez les mineurs délinquants, 57 % sont réfractaires à la fréquentation de l'école et il estime qu'il y a un rapport causal entre la criminalité et la non fréquentation scolaire.

L'absence d'instruction a, comme corollaire, *l'absence d'orientation professionnelle et d'apprentissage.*

Une étude récente de Mlle Colette Hallu (2), faite sous la direction de M. G. Paul-Boncour, a bien posé le problème social de l'orientation professionnelle des enfants délinquants.

Roubinovitch, sur 222 prévenus libres, donne les chiffres suivants :

Pas de métier spécialisé	50 %
Apprentissage	27 %
Ecole professionnelle	3 %

Nous devons insister sur l'action néfaste du chômage actuel. Il n'est pas excessif de dire que dans le malaise social de notre époque, l'impossibilité pour les adolescents de trouver du travail est le problème le plus grave. Nous n'insisterons pas sur les conséquences fâcheuses de l'absence de travail et sur

---

(1) Paul-Boncour. — « Enquête récente sur la criminalité juvénile. » *Etude criminologique,* mars 1929.

(2) Mlle Collette Hallu. — « Avenir professionnel des enfants anormaux et des délinquants. » *Thèse de Droit,* Paris, 1933.

l'abandon moral auquel sont livrés les jeunes gens. Les mauvaises fréquentations, l'entraînement au cabaret, l'alcoolisme précoce, la lecture des journaux licencieux, des romans policiers, la fréquentation des salles de danse et de cinéma, ne peuvent qu'aggraver les tendances fâcheuses à l'instabilité, à l'immoralité et à la délinquance.

On trouve très souvent dans les antécédents des jeunes délinquants l'action d'une mauvaise fréquentation, d'un entraînement par de mauvais camarades, le dressage par la famille, en résumé l'imitation du mauvais exemple. Les enfants débiles, surtout, cèdent à l'imitation. Nous ne contestons pas l'importance de l'imitation dans le développement de la délinquance infantile. Mais, au cours des examens d'enfants que nous avons pratiqués, il nous est apparu que le rôle de l'imitation est souvent accessoire et que certains délits de l'enfant ne peuvent s'expliquer que par une réaction d'opposition au milieu (1).

L'imitation et la réaction d'opposition sont beaucoup plus fonctions de la sympathie ou de l'antipathie de l'enfant pour son modèle, que de l'exemple lui-même. La réaction d'opposition est très souvent l'élément essentiel de la formation du caractère de l'enfant. Si elle ne transforme pas la constitution héritée des ascendants, elle en souligne certains traits, elle en atténue d'autres, elle déforme ainsi, dans une certaine mesure, les tendances primitives, elle ouvre la porte à des réactions inattendues et qui peuvent être inopportunes. Ainsi s'explique qu'un enfant élevé dans un milieu normal et qui a eu sous les yeux les exemples les plus moraux, manifeste à un moment donné des tendances en opposition formelle avec son milieu social et avec l'éducation reçue dans la famille ou à l'école. Beaucoup de faits de délinquance, qui surviennent chez des enfants sans tare héréditaire, dans un milieu moral et respectueux des lois, s'expliquent par la réaction d'opposition.

Nous avons exposé ailleurs comment hérédité, tendances constitutionnelles et réaction d'opposition sont des notions inséparables les unes des autres.

La réaction d'opposition est un mécanisme psychologique plus général que le complexe d'infériorité. Il s'explique par

---

(1) G. Heuyer, Dublineau. — « La réaction d'opposition chez l'enfant. » *Revue médico-sociale de l'enfance,* 2e année, nos 2 et 3, 1931.

d'autres circonstances de la vie affective, par toutes les situations où l'affectivité personnelle de l'enfant ne vibre pas en accord et sympathie avec son milieu. La réaction d'opposition aboutit très souvent à une réaction délinquante : fugue, vol, violence.

Au point de vue pratique, il est important de connaître l'existence de la réaction d'opposition. Chez l'enfant, elle dépend de deux éléments : la nature de l'exemple et l'état affectif du sujet au moment de la réception. Selon son état affectif de bienveillance ou d'hostilité, l'enfant réagit par l'imitation ou l'opposition. La nature de l'opposition n'est pas seulement une simple contradiction ; elle peut être la révolte continue et ouverte du paranoïaque, la rêverie, la dépression ou la délinquance sous toutes ses formes.

Il en résulte que lorsqu'un exemple, bon ou mauvais, est donné à l'enfant, il est impossible de dire *a priori* si le résultat sera du même sens que l'exemple. Ce n'est pas un paradoxe d'affirmer que le meilleur exemple peut avoir les pires conséquences si l'enfant déteste le modèle. L'ignorance de la réaction d'opposition empêche d'apprécier la valeur et le résultat d'un exemple moral ou pédagogique. Dans l'appréciation d'un acte de délinquance et dans sa répression, la notion de la réaction d'opposition rend plus évidente encore la nécessité d'étudier l'enfant, son hérédité, ses tendances et les conditions affectives dans lesquelles il a vécu.

En résumé, au terme de cette étude étiologique, trois constatations sont essentielles :

1° Les délinquants infantiles et juvéniles se recrutent dans la classe la plus misérable de la population.

2° Les délinquants infantiles et juvéniles portent en général la charge d'une lourde hérédité toxique, infectieuse ou mentale, qui se traduit par des tendances psychopathiques similaires ou dissemblables.

3° Les conditions affectives, familiales ou sociales, dans lesquelles vivent les jeunes délinquants sont en général fâcheuses et peuvent être à l'origine de certaines réactions de l'enfant.

Ces trois facteurs étiologiques sont souvent réunis chez un enfant ou un adolescent coupable d'un délit. Il en résulte que chaque cas de délinquance infantile doit être étudié individuellement, avec l'aide de toutes les données héréditaires, psychologiques, familiales et sociales.

La prophylaxie de la délinquance infantile par la mise en pratique des théories psychanalytiques (Aichhorn, de Saussure) (1) est insuffisante. Les mesures familiales contre le refoulement de la haine, contre le complexe d'Œdipe, contre le complexe de castration, contre l'erreur d'éducation sexuelle, contre les erreurs d'éducation générale, sont théoriques, parcellaires et insuffisantes.

L'expérience montre que l'étiologie de la délinquance et de la criminalité infantile et juvénile est complexe. Il est impossible de séparer les données de l'hérédité, les mauvaises conditions du milieu familial, l'insuffisance d'instruction dont les causes sont diverses, la misère et les injustices sociales dont le remède déborde le cadre de notre rapport.

Considérations générales et conclusions pratiques

De l'exposé général que nous venons de faire, nous pouvons mettre en évidence quelques constatations :

1° La fréquence des anomalies de l'intelligence et du caractère chez les jeunes délinquants. Chaque délit et chaque crime porte souvent une marque pathologique qui permet de reconnaître la débilité ou le déséquilibre mental du coupable.

2° Dans l'étiologie de chaque délit on trouve des facteurs complexes qui dépendent de l'hérédité, du milieu familial et des conditions sociales.

De l'étude de la délinquance infantile et juvénile, on peut conclure qu'une peine, fondée seulement sur l'appréciation du délit, n'a pas la valeur d'un exemple et n'a nulle action préventive de la récidive. C'est dans l'étude individuelle de l'enfant, de son hérédité et des conditions de sa vie qu'on peut trouver les éléments d'une réelle prophylaxie de la criminalité.

La criminologie, comme la pathologie mentale, est soumise à la grande loi de la récidive, qui peut être formulée de la façon suivante : *La récidive est inévitable pour tout délinquant replacé dans le même milieu et dans les mêmes conditions.* Souvent même, certains délinquants tels que les pervers et les encéphalitiques, récidivent sous une forme stéréotypée. Ils se

---

(1) de Saussure. — « Prophylaxie du crime par la psychanalyse. » *Hygiène Mentale,* mai 1931.

rendent indéfiniment coupables des mêmes délits et des mêmes crimes (1).

Il importe donc d'éviter la récidive d'un enfant délinquant. Il importe davantage encore d'éviter le premier délit, car il est le premier pli de l'habitude.

Dans la prévention de la récidive, *la punition est inutile.*

Les enfants délinquants peuvent être divisés en deux catégories :

1° Les enfants d'intelligence normale, de caractère bien équilibré, de bonne santé physique, qui sont amenés à la délinquance par des causes sociales : famille dissociée, abandon moral, mauvaise éducation, ignorance, suggestibilité, misère, etc.

Il est évident qu'une punition ou que la menace d'une punition ne peut pas empêcher la récidive du délit, si on ne change pas les conditions sociales ou morales dans lesquelles vit le sujet. Dans tous les délits de cause sociale, commis par des mineurs, la punition n'est pas seulement inutile, elle est odieuse et absurde. A la punition, doivent être substituées des mesures de protection, d'assistance et d'orientation professionnelle.

2° Les enfants anormaux, soit par débilité intellectuelle, soit par déséquilibre du caractère.

Ce n'est pas la punition qui empêche la récidive des débiles intellectuels ; elle ne donne pas au sujet plus d'intelligence, elle ne fortifie pas ses capacités de résistance à de fâcheux entraînements. Il faut un traitement médico-pédagogique et des mesures d'assistance.

Les déséquilibrés du caractère, les émotifs, les obsédés, les instables, les paranoïaques, les épileptiques impulsifs et brutaux, les pervers que leur folie morale rend inintimidables et indifférents à la sanction pénale, ne sont pas davantage arrêtés par la punition ou la menace de la punition. L'expérience montre qu'ils récidivent toujours. Les pervers notamment, qui sont par excellence les êtres anti-sociaux, capables de tous les délits, aptes à tous les crimes, aggravent progressivement leurs réactions quelles que soient les peines qu'ils subissent.

Enfin, il y a des malades, peu nombreux d'ailleurs, déments précoces au début ou encéphalitiques, qui ne peuvent être

---

(1) LOGRE. — « La récidive en psychologie pathologique. » Feuilleton du *Temps*, 24 août 1934.

arrêtés dans leurs réactions anti-sociales par la crainte d'une peine.

C'est par des mesures individuelles et logiques de protection et de surveillance que l'on peut espérer éviter la récidive et reclasser, s'il est possible, l'enfant coupable.

Avant de prendre une décision, il est nécessaire que l'enfant délinquant soit examiné au cours d'une *mise en observation* prolongée en dehors du cadre pénitentiaire, dans un centre organisé spécialement, où l'enfant manifeste son caractère dans toutes les circonstances de sa vie individuelle et collective.

De plus, il est désirable que, dans leurs décisions, les juges du Tribunal des mineurs tiennent compte des indications fournies par les médecins psychiatres au point de vue, non seulement du diagnostic, mais encore du pronostic et de la mesure à prendre. Il est regrettable que soit encore posée, dans l'expertise des mineurs, la question de responsabilité. La loi de 1912 pose, pour les mineurs de plus de 13 ans, la question de discernement et non celle de responsabilité. Pourtant, une expertise de mineur ne diffère pas d'une expertise d'adulte ; c'est toujours la question de responsabilité qui est posée à l'expert. Une expertise de mineur délinquant devrait se terminer par une proposition de placement, variable selon le niveau mental et selon le déséquilibre du sujet. *Sélection* et *orientation* sont les deux principes du redressement et du reclassement de l'enfance coupable.

La solution dépend d'une collaboration étroite entre le tribunal et le psychiatre.

La collaboration du psychiatre n'est pas utile seulement auprès du Tribunal, elle est indispensable à toutes les étapes du redressement de l'enfant coupable. Le Tribunal devrait user des services de prophylaxie mentale, où certains sujets déséquilibrés peuvent être amenés, en vue d'un traitement, par les parents ou le délégué à la liberté surveillée.

Dans tous les Patronages à qui le Tribunal confie des enfants, la collaboration du psychiatre devrait être demandée. A chaque patronage devrait être annexé un service d'orientation professionnelle, sous la direction d'un psychiatre. Le problème de l'orientation et du placement, pour l'enfant délinquant, ne se pose pas de la même manière que pour les enfants normaux. La fréquence de la débilité intellectuelle, à laquelle est presque toujours associée la débilité motrice, les formes

multiples de déséquilibre du caractère, posent des problèmes qui compliquent ceux de la Psychotechnique habituelle (1).

Dans les maisons d'éducation surveillée, le rôle du psychiatre devrait être très important. L'appréciation des troubles du caractère dans les diverses réactions des sujets, permet des classements par catégorie, qui évitent des contacts fâcheux. L'établissement des fiches psychologiques individuelles par un psychiatre comme fait le Dr Ducoudray à la Maison d'Education surveillée d'Eysses rend plus efficaces les mesures de redressement.

Des efforts réels et louables ont été accomplis par l'administration pénitentiaire pour étudier davantage le cas de chaque détenu, ses goûts, ses tendances, ses aptitudes professionnelles. Des instituteurs appliquent des méthodes plus éducatives que disciplinaires. Mais la collaboration du psychiatre est aussi utile que celle de l'instituteur.

A toutes les étapes, au cours de l'observation, avant le jugement, après la remise aux parents en liberté surveillée, pendant le séjour dans un patronage ou dans une maison d'éducation surveillée, le rôle du psychiatre est indispensable pour obtenir la sélection et l'orientation du mineur délinquant, selon les possibilités de son intelligence et de son caractère.

Notons une situation fâcheuse : lorsque l'enfant délinquant a été confié à une maison d'éducation surveillée ou à un patronage, il reprend à 21 ans sa liberté entière, sans aucune surveillance. Il est évident qu'il n'use, le plus souvent, de cette liberté, que pour commettre de nouveaux délits. Il s'est enrichi d'expérience, il s'est endurci. C'est ainsi que dans la clientèle habituelle des prisons, on trouve des sujets qui ont été pupilles de Patronages ou pensionnaires de maisons d'éducation surveillée. Après 21 ans, considérés comme des adultes et libres, ils se sont montrés incapables de mener une vie normale, ils ont commis de nouveaux délits et ont repris le chemin de la prison. Il n'y a pas à 21 ans de délimitation stricte entre l'adolescent et l'adulte ; les troubles du caractère qui ont

---

(1) Heuyer et Lacan. — « Importance des troubles du caractère dans l'orientation professionnelle des enfants délinquants. » *Congrès International de protection de l'enfance,* 1933.

Heuyer, Baille et Mme Horinson. — « L'orientation professionnelle des enfants délinquants. » *Congrès international de protection de l'enfance,* 1933.

nécessité une surveillance, à la suite d'un premier délit, ne disparaissent pas à l'âge légal de 21 ans. Ils persistent avec les mêmes conséquences.

Il serait nécessaire de maintenir sous tutelle tous les sujets qui, pendant leur enfance ou leur adolescence ont été dans les classes de perfectionnement à cause de leur débilité mentale, ou dans des maisons de rééducation à cause de leurs troubles du caractère et de leurs réactions antisociales. Des mesures d'assistance, de surveillance obligatoire et de traitement par les services de prophylaxie mentale, empêcheraient la récidive de ces sujets, que leur déficience ou leur déséquilibre rend inaptes à la vie en liberté. Cette loi de tutelle est nécessaire, si on désire que tous les efforts faits pour la rééducation de l'enfance délinquante n'aboutissent pas à un échec.

Il ne suffit pas d'éviter la récidive de l'enfant coupable. La lutte contre la misère, le taudis, l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis est à la base de la prophylaxie criminelle. En ce vaste domaine, l'action de l'aliéniste se heurte à des intérêts égoïstes et hypocrites.

Plus spécialement, toutes les mesures de prophylaxie de la criminalité infantile et juvénile doivent être incluses dans un vaste programme de protection de l'enfance, qui doit être appliqué dès l'école. Pour empêcher un mineur de devenir délinquant, il faut qu'à l'école un examen psychiatrique soit pratiqué, afin de dépister la déficience de l'intelligence et l'anomalie du caractère.

Les débiles et les déséquilibrés, qui sont la grande majorité des enfants délinquants, montrent précocement leur incapacité à suivre les classes normales et à s'adapter à la discipline scolaire. L'inspection médicale des écoles doit s'efforcer de les reconnaître pour que puissent être prises des mesures d'éducation spéciale. La collaboration des centres de prophylaxie mentale et des consultations de neuro-psychiatrie infantile, doit être recherchée pour que soit faite une sélection et une orientation logiques des anormaux scolaires. La multiplication des classes de perfectionnement et des écoles de réforme doit permettre l'application des mesures proposées par les Commissions médico-pédagogiques.

M. Roubinovitch (1) rapporte que, parmi tous les enfants qui

---

(1) Roubinovitch. — *Loc. cit.*

sont sortis de l'internat de perfectionnement d'Asnières, un seul est devenu un délinquant. M. Journet (1) signale que l'école de rééducation Théophile-Roussel, de Montesson obtient 80 0/0 de sauvetages moraux.

En France, les internats de perfectionnement et les écoles de rééducation sont en nombre insuffisant.

La loi de 1909, sur l'éducation des arriérés éducables est restée facultative et inefficace. Le projet de loi Strauss, qui doit rendre la loi de 1909 obligatoire, est oublié dans les cartons du Sénat. Son vote diminuerait immédiatement le nombre des mineurs délinquants.

La Société n'a pas seulement le droit d'enfermer les individus dangereux, qui sont nocifs par constitution et inadaptables par tempérament. Elle a le devoir de secourir les débiles, d éduquer et de soigner les déséquilibrés. Si l'on ne se préoccupe pas d'améliorer les uns et les autres, si au lieu de faire des sacrifices pour les éduquer et les transformer en valeurs productives, on attend qu'ils aient atteint l'âge adulte, il ne reste plus qu'à les enfermer dans des asiles comme incurables, ou qu'à les incarcérer comme criminels. La première solution coûterait moins cher que la seconde.

Pour résoudre le problème de la délinquance infantile et juvénile, il faut faire précocement, dès l'école, l'examen psychiatrique de l'écolier et déterminer la nature et le degré de l'insuffisance intellectuelle ou du déséquilibre psychique.

En protégeant l'enfant malheureux, en soignant l'enfant malade, en enserrant l'enfant anormal dans un réseau de mailles protectrices, depuis l'école et pendant toute la vie, on peut obtenir une adaptation suffisante au milieu, un rendement utile, éviter les manifestations antisociales et réaliser la véritable prophylaxie de la délinquance et de la criminalité, non seulement de l'enfant, mais encore de l'adulte.

G. HEUYER.

---

(1) Collette HALLU. — *Loc. cit.* : JOURNET. — Rapport présenté au Congrès international pour la protection de l'enfance, 1933.

DÉLINQUANCE ET CRIMINALITÉ DE L'ENFANCE

L'assistance et la rééducation des enfants délinquants sont restés fort longtemps le domaine de l'empirisme ; depuis les fondateurs d'œuvres charitables jusqu'aux administrations pénitentiaires ou aux tribunaux, chacun s'est cru, de bonne foi, compétent en la question ; sur la seule base de son expérience personnelle, il s'est estimé capable de mettre sur pied une méthode de relèvement, dont les résultats lui parurent naturellement fort encourageants, mais dont le rendement éloigné n'a presque jamais été exploré systématiquement.

De nos jours, une double réaction se poursuit : l'une, inspirée des méthodes anthropologiques et psychiatriques, réclame une étude minutieuse de chaque cas de délinquance, avant d'en tenter le redressement par telle ou telle méthode ; l'autre, animée surtout par la sociologie américaine, se propose d'explorer, avec la plus extrême rigueur, la carrière sociale ultérieure des sujets qui ont été soumis, par la magistrature des enfants, à tel ou tel type de régime rééducatif, et d'en formuler ainsi — *à postériori* — les indications et les faiblesses. De l'ensemble de ces deux données, des statisticiens hardis n'ont pas hésité à établir des échelles permettant le pronostic de la rééducabilité (**16**). Des psychiatres eussent été plus prudents !

METHODES ET CONDITIONS D'ETUDE

On ne saurait trop insister sur les exigences d'une méthode rigoureuse, qui veut se réclamer du titre de scientifique.

La documentation devrait porter sur tous les cas de délinquance des enfants

1. La statistique des tribunaux pour enfants n'embrasse pas toute la délinquance infantile.

Beaucoup de pays trouvent naturel de soustraire de multiples cas (trop bénins ou trop graves) au ressort du tribunal des

enfants et aux moyens d'investigation médico-pédagogique dont ce tribunal dispose. L'on peut évidemment concevoir et réaliser une organisation de l'assistance aux enfants manifestant des tendances délinquantes, qui repose presque exclusivement sur la collaboration des familles, des œuvres d'assistance et des cliniques psychologiques spécialisées. Cette conception des choses, qui ne fait appel à l'intervention du juge des enfants qu'en toute dernière extrémité, est évidemment défendable, elle est peut-être même la meilleure.

Mais ce qui n'est point défendable à notre avis, c'est que, pour éviter au mineur et à sa famille la tare d'une intervention judiciaire, l'on abandonne des préventions, l'on se borne à une admonestation par la police, ou qu'on laisse à celle-ci toute liberté de traiter le cas : à Chicago, la police traite huit fois plus de cas que n'en voit le tribunal des enfants. Car cela supprime toute garantie d'examen du mineur.

2. L'on a peine à croire combien certains milieux juridiques restent inaccessibles à la généralisation systématique de l'examen médico-psychologique.

Alors que tout le Droit des enfants s'oriente irrésistiblement vers l'individualisation de mesures juridiques, qui ne sont plus guère des peines, mais essentiellement des techniques éducatives, rarissimes sont les tribunaux qui font procéder régulièrement à l'examen de tous leurs justiciables. En beaucoup de pays, l'on estime encore qu'il appartient au magistrat de décider, au cours de chaque audience, et pour chaque cas, si le recours au psychiatre ou au pédagogue est indiqué.

Qui ne le voit, pareille méthode exclut du bénéfice de l'examen et d'un traitement individualisé, tous les jeunes délinquants dont l'activité antisociale n'a pas impressionné assez profondément le simple bon sens du magistrat. Mais elle entrave aussi — et c'est cette conséquence que nous retiendrons ici — toute connaissance rigoureuse et scientifique des causes de la délinquance. Comment peut-on tabler sur les statistiques des centres d'observation, qui ne reçoivent notoirement que les cas les plus graves, ou sur celle de ces cliniques psychologiques où le magistrat adresse principalement les mineurs qu'il suppose être déficients d'esprit ? Reconnaissons cependant que ces statistiques sont, en fait, les seules dont nous puissions disposer aujourd'hui, avec celles des institutions publiques de rééducation, dont la clientèle ne reflète pas davantage la moyenne des enfants délinquants.

La complexité des facteurs criminogènes

Chaque auteur, selon sa formation intellectuelle personnelle, a tendance à n'apprécier, dans un jeu complexe de causes comme celui dont il s'agit en l'occurrence, que celles qui ont, par ailleurs, retenu son attention : l'interniste retiendra surtout le rôle des dysendocrinies ou des hérédo-dégénérescences, le psychiatre, la fréquence des débilités, le psychanalyste, celle des complexes affectifs à la base des actes délictueux ; le sociologue sera peut-être réfractaire à ces points de vue, et, statistiques en mains, ne jurera que « foyers désunis » ou « zones urbaines de délinquance ». Il est pourtant indispensable d'inventorier, pour chaque cas, tous les facteurs étiologiques possibles et de fixer ensuite leur valeur déterminante respective, cas par cas, avant de les confier au technicien de la statistique.

C'est bien, en effet, la notion essentielle qui se dégage de toutes les enquêtes sur la délinquance infantile que cette complexité de facteurs criminogènes. Que si dans de rares cas, un seul facteur étiologique (maladie, débilité mentale, corruption systématique par les parents) en donne une explication pleinement satisfaisante, si l'on en trouve plus habituellement un qui prédomine (96 0/0 des cas, selon Burt), un grand nombre de facteurs accessoires jouent cependant leur rôle (850 0/0 selon Burt). Cet auteur a donc raison de dire qu'en moyenne, chaque délinquance infantile est le produit de 9 ou 10 circonstances perturbatrices.

La même conclusion se dégage des documents recueillis dans les instituts belges d'observation de l'Etat. De multiples facteurs étiologiques interviennent, et s'enchevêtrent :

Année 1933	*261 garçons*	*157 filles*
Alcoolisme des parents	26,4 0/0	33 0/0
Irrégularités psychiques des parents	14,1 0/0	15 0/0
Inconduite ou condamnation des parents	34,8 0/0	60 0/0
Milieux familiaux désorganisés	68 0/0	70 0/0
Irrégularités psychiques des mineurs	41 0/0	28 0/0
Influence corruptrice de la rue	66,3 0/0	68 0/0
Influence corruptrice des lectures licencieuses	25,3 0/0	10 0/0
Influence du cinéma	34,4 0/0	25 0/0
Influence des dancings	17,6 0/0	16 0/0
Corruption systématique par la famille et par le milieu proche	4,6 0/0	9 0/0
Brutalité ou terrorisme	8 0/0	5 0/0

La nécessité d'une documentation de contrôle

Mais dès lors se pose un problème épineux : ces circonstances perturbatrices ne se rencontrent pas seulement dans les familles des jeunes délinquants. Nous les trouvons aussi dans l'entourage familial et dans la constitution physique et mentale des enfants qui n'ont versé ni dans la délinquance (330 0/00, selon Burt), ni même dans l'inadaptation familiale ou scolaire. La nécessité de cette étude comparative des enfants non délinquants, de même milieu urbain, racique, économique, a été presque toujours perdue de vue. Sans doute, est-elle extrêmement difficile. C'est le grand mérite de Burt d'avoir, dans son livre magistral, « The Young Delinquent », procédé, le premier, croyons-nous, à cette confrontation. Psychologue des services scolaires, il a pu reconstituer l'état médical, psychologique et l'ambiance familiale de 400 enfants non délinquants, de même âge, fréquentant les mêmes écoles, vivant dans les mêmes rues que les 200 enfants délinquants qu'il a longuement suivis. Le résultat de ces investigations projettent un jour curieux sur des problèmes que l'opinion générale tenait pour définitivement résolus, comme l'influence de l'alcoolisme dans le milieu familial des jeunes délinquants.

Quelques rares auteurs américains ont suivi cette méthode comparative ; les conclusions en sont parfois déconcertantes: c'est ainsi qu'à Chicago, l'on a trouvé autant de foyers désorganisés chez les écoliers de la ville que chez les enfants délinquants (**111**).

La standardisation des critères

A. Sociaux. — Dans une enquête sur les conditions de la délinquance infantile, la précision des termes, l'accord unanime sur leur portée est chose indispensable. On y peut réussir pour apprécier les conditions économiques : Burt (**13**) et Healy (**49**) ont précisé les critères de richesse, d'aisance, de pauvreté, d'indigence auxquels ils se réfèrent dans leur documentation.

B. Intellectuels. — Hélas ! il n'est pas toujours aussi facile aux psychologues et aux psychiatres de s'entendre, il n'est, au surplus, guère étonnant que la fréquence et les limites de la débilité mentale restent controversées, puisque les uns l'apprécient d'après une simple échelle de tests, tandis que d'autres y ajoutent un critère d'adaptation à la vie sociale. Il faudrait cependant s'entendre, sous peine de ne

pouvoir aboutir. De même, certains attachent-ils une importance capitale au quotient mental, tandis que d'autres utilisent comme critère l'âge mental atteint en fin de croissance (Simon et Vermeylen), et ici encore, que de différences ! Jadis, l'on suggéra 9 ou 10 ans, aujourd'hui l'on se contente plus modestement de 8 ans (Pintner).

D'aucuns préfèrent un critère statistique :

Pintner et Paterson proposaient de qualifier de débiles mentaux les 3 0/0 inférieurs de la population, Miner les 5 0/0. Par contre, Burt ne veut pas qualifier d'enfants déficients mentaux nets plus de 1,5 0/0 de la population scolaire, et ce pour cette seule raison que les écoles spéciales de Londres ne peuvent recevoir plus de 1,5 des écoliers. Tel est l'étalon qu'il applique à ses enfants délinquants (1).

Il est à remarquer que, même en usant de ce critère sévère, Burt trouve cinq fois plus de débiles mentaux chez les enfants délinquants que dans l'ensemble de la population scolaire.

C. Caractériologiques. — De même, le critère choisi par Burt (**13**) pour les états psychopathiques est-il tout aussi *à priori :* il admet qu'il existe 1,5 0/0 de la population dont l'émotivité est extrême, et il leur réserve le nom de « temperamentally defective ». Il constate alors que ce sont les sujets qui n'ont pas plus de contrôle sur leur vie affective que des enfants de 7 ans. A côté de ce groupe, Burt estime que 10 0/0 de la population présente un déséquilibre moins prononcé, il les appelle « temperamentally instable ». (Quant aux psychopathes, il désigne de ce nom ceux qui présentent des signes frustes de psychose, à l'exclusion de tous autres). Dans ces conditions de vocabulaire spéciales, *le taux des grands déséquilibrés parmi ses enfants délinquants est de 9 0/0 et celui des instables de 34 0/0.*

---

(1) Les Glueck ont publié une statistique de pourcentage de débilité mentale comportant des éléments de comparaison (**40**).

979 délinquants furent examinés à la clinique de Healy par le Binet-Terman, ou rarement par le Yerkes-Bridge, converti en Terman ; 3.638 écoliers urbains du Massachusetts furent testés au Terman, par le Psycho Educational Clinic de l'Université de Havard. Il y a lieu de faire une petite correction, à cause de l'influence du milieu économique et social, qui est différent dans les deux enquêtes :

Voici les chiffres :

	délinquants	écoliers
I Q 91 ou plus	41,6 0/0	79 0/0
I Q 81 à 90 (Dull)	28,2 0/0	14 0/0
I Q 71 à 80 (Borderline)	17,1 0/0	5,5 0/0
I Q 70 ou moins (Defective feeble minded)	13,1 0/0	1,5 0/0

On voit ici encore combien nous sommes éloignés de la notion, souvent très extensive, qu'ont de la psychopathie certains cliniciens.

Healy s'élève avec énergie contre la pétition de principe, familière cependant à maint psychiatre, que l'individu soit considéré comme psychopathe parce qu'il se conduit mal, et qu'on explique ensuite sa délinquance par la psychopathie. Pour lui, le diagnostic de psychopathie repose toujours sur de tout autres bases que le fait de la délinquance.

On excusera cette digression méthodologique ; retenons-en, cependant, à défaut d'une standardisation internationale, sans doute utopique en matière de psychiatrie, avec quelle prudence l'on doit se risquer à transposer et à comparer des documents dont la confrontation serait cependant du plus haut intérêt.

⁂

Dans ce rapport, nous n'aborderons aucune description de types cliniques, ni aucun problème de pathogénie médicale ou psychologique. On voudra bien n'y pas voir de négligence systématique, mais l'effet d'une répartition du travail ; nul mieux que notre éminent co-rapporteur, le professeur Heuyer, ne pouvait tracer ce tableau, avec sa sagacité d'interniste et son incomparable expérience des mineurs délinquants.

Chargé, pour notre part, d'inventorier, sous l'optique particulière du psychiatre, les mesures prophylactiques et thérapeutiques de la délinquance infantile, nous avions songé à examiner au préalable quels en sont les fondements scientiques.

Mais les recherches de psychologie expérimentale ont porté presque exclusivement sur l'influence exercée par l'ambiance familiale et sociale sur le développement intellectuel (21 ; 127) et fort peu sur l'évolution du caractère. D'autre part, malgré l'étude de *familles criminelles* célèbres (64-116) et les recherches entreprises par la *Méthode des jumeaux* (69-128-35), la question hérédité-milieu est encore fort confuse (152). Nous nous bornerons donc à signaler quelques facteurs sociaux de la délinquance infantile.

L'INFLUENCE DE CERTAINS FACTEURS SOCIAUX

A. Les conditions du milieu familial

1. C'est une notion devenue classique que *la désorganisation du foyer* de l'enfant est l'un des facteurs les plus importants de la délinquance.

D'après les enquêtes de Healy et Bronner (49), portant sur 4.000 déliquants récidivistes observés en partie à Boston, en partie à Chicago, on ne trouve un milieu régulier (c'est-à-dire : les deux parents vivant ensemble et à la maison) que dans un peu plus de la moitié des cas.

L'enquête de Slawson (117) sur 1.649 garçons placés dans des institutions d'état à New-York a constaté 45,2 0/0 de « Broken Homes ». Celle, plus ancienne, de Shideler, sur 7.598 garçons placés dans divers instituts de correction aux Etats-Unis, en signale 50,7 0/0. Notons que, ici encore, le matériel d'enquête est assez particulier et ne répond pas à la moyenne des cas de délinquance infantile.

Voici des documents plus proches de nous :

La statistique de l'établissement d'observation de l'Etat de Moll, en Belgique (rappelons qu'il reçoit les cas les plus graves) fixe le taux des foyers désorganisés à 64,8 0/0 (orphelins, enfants naturels, parents séparés de droit ou de fait, enfants abandonnés moralement ou négligés ; parents déchus).

Une enquête beaucoup plus intéressante est celle publiée par Mlle Racine sur les 300 cas, bénins et graves, qui ont constitué toute la clientèle du juge des enfants de Bruxelles, au cours de toute l'année 1929 (95) ; elle a révélé que les parents ne vivent ensemble que dans 41,7 0/0 des cas (la proportion s'élève à 48,8 0/0 quand il s'agit d'interventions judiciaires autres que les corrections paternelles ; elle n'est que de 25,3 0/0 dans ces derniers cas).

Mais la désunion du foyer, comme telle, n'est pas un étalon fidèle de l'influence de la vie de famille.

Il nous faudrait donc rechercher des éléments plus subtils, liés plus directement aux réactions psychologiques fâcheuses que présentent, dans leur famille, les jeunes délinquants ; mais de tels faits se dérobent le plus souvent à l'analyse statistique.

Une même circonstance de fait, comme l'illégitimité, peut entraîner diverses difficultés pour l'enfant, et susciter des réactions psychologiques fort variées, que Hildegard Kipp a fort bien décrites (67).

Il serait intéressant aussi de préciser quel était l'état des relations entre parents et enfants, comme les Glueck l'ont fait dans leur livre (40).

2. La manière erronée dont les parents comprennent ou appliquent l'*éducation familiale* est un facteur de première

importance (sévérité excessive, indulgence excessive, désaccord des parents sur l'éducation de l'enfant).

Voici quelques chiffres à cet égard :

Burt (enfants non délinquants), 400 cas		11,5 0/0
Burt (enfants délinquants), 200 cas		79,5 0/0
Healy et Bronner, 4.000 cas		40 0/0
Glueck (611 cas d'une statistique de 1.000)	éduc.: mauvaise (unsound)	69,2 0/0
	« quelc. : . (fair)	26,7 0/0
	« bonne . . (sound)	4,1 0/0

3. Les *conditions morales* dans lesquelles vit l'enfant sont souvent lamentables aussi.

Burt (enfants non délinquants témoins)		9,7 0/0
Burt (foyers immoraux au moment du délit, y compris alcoolisme, mauvais traitements, provocation au crime)		51,5 0/0
Healy et Bronner	alcoolisme, immoralité ou délinquance	21 0/0
	discussions excessives	12 0/0

Que ces chiffres ne soient pas rigoureusement comparables d'une statistique à l'autre, cela n'est point étonnant, certains facteurs étant recensés sous une rubrique par tel enquêteur, sous une autre par tel autre.

4. Les *conditions économiques* du milieu familial interviennent sans conteste, mais dans une mesure moindre ; selon Burt (**13**), qui compare leur importance, chez les écoliers normaux et les délinquants, le coefficient d'association n'est que de 15 pour la pauvreté, alors qu'il atteint : 33 pour la désorganisation du milieu familial, 55 pour la discipline défectueuse, 39 pour l'immoralité au foyer.

Burt a insisté sur ce fait que c'est moins le dénuement comme tel qui intervient — il n'a joué un rôle prépondérant que dans 3 0/0 des cas de garçons délinquants, et 0 0/0 chez les filles, — mais plutôt l'encombrement, la surpopulation, l'absence de facilités de jeux, de distractions, l'enfant n'ayant d'autre ressource que la rue. Encore ces conditions, comparées à celles dans lesquelles vit l'ensemble de la population, n'interviennent-elles que dans une mesure moindre qu'on ne l'eût cru.

Postma (**90**) a mis en évidence le rôle des conditions économiques par une ingénieuse méthode. Il recherche quel rang occupe l'enfant délinquant (contre la propriété), dans les

familles nombreuses dont les parents vivent en bonne union : les enfants délinquants sont le plus souvent ceux nés au début du mariage (la fréquence particulière du premier-né ne doit pas être retenue ici, parce qu'il est plus exposé à d'autres influences néfastes : tares blastotoxiques ou dystociques, erreurs éducatives.

Quoi qu'il en soit, on se trouve d'accord pour dire que le foyer « normal » est exceptionnel chez les enfants délinquants.

Healy et Bronner « conditions favorables », 2.000 cas	7,6 0/0
Glueck « 1.000 cas », ... moins de	10 0/0
Racine : « bons milieux familiaux », 300 cas	18,3 0/0

B. Les conditions géographiques et psychologiques de la vie urbaine

1. Les « zones de délinquance » (delinquency areas). — Des recherches d'une minutie impressionnante, et extrêmement probantes, faites à Chicago et dans un certain nombre de grandes villes américaines, y ont mis en évidence l'existence de « foyers de délinquance » (111).

Les délinquants juvéniles n'habitent pas uniformément toutes les zones de la ville ; ils se concentrent dans les quartiers avoisinant le centre des affaires et les quartiers fortement industrialisés.

Le nombre de délinquants varie, selon les secteurs, de moins de 10 à plus de 250. Le taux de délinquance juvénile décroît à mesure que l'on s'éloigne du centre de la ville, par zones concentriques. Dans ces mêmes zones, le pourcentage des mineurs récidivistes est plus élevé.

Les zones de haute délinquance persistent pendant une longue période de temps ; les statistiques faites 15 à 20 ans auparavant constataient déjà une répartition analogue.

Cette localisation de la délinquance est liée au processus d'accroissement de la cité : les zones voisines du quartier industriel ou commerçant sont dépréciées et sont dès lors occupées par les couches les moins aisées de la population.

Chose curieuse à noter, la composition ethnique des occupants de ces zones de délinquance a complètement changé au cours de 20 ans, tandis que la proportion des délinquants y est restée la même ; les premiers types ethniques tendent à disparaître du prétoire.

Dans ces quartiers défavorisés, il n'y a point d'homogénéité, ni de continuité dans les traditions culturelles ; dès lors, on n'y trouve point cette solidarité sociale, cette opinion publique qui permettent une action efficace de l'ambiance.

Il n'existe pas, à notre connaissance, de recherches analogues publiées sur de grandes villes européennes ; certaines sont en cours ; leur confrontation serait intéressante.

2. Les bandes de délinquants (« gangs »).

Les études de Trasher [dont on trouve une excellente analyse dans Fauville (**32**)], ont longuement décrit la psychologie propre des bandes d'adolescents.

Le « gang » n'est pas, comme tel, un facteur de délinquance, mais il contribue largement à développer des attitudes criminelles et un comportement antisocial ». L'organisation du groupe, la protection qu'il assure, en font un instrument remarquable pour la perpétration d'actes antisociaux. « Son influence démoralisante sur ses membres est accrue par la diffusion de la technique criminelle, et la propagation, grâce à l'émulation, d'intérêts et d'attitudes qui rendent le crime plus facile à commettre, moins odieux, plus attrayant. »

Il ne semble pas que les bandes de jeunes gens soient un phénomène spécifiquement américain. N'a-t-on pas retrouvé des processus analogues dans des pays livrés à la désorganisation permanente (Russie) ou épisodique (années de crise en Allemagne) ?

3. En dehors même de l'hypothèse d'une bande organisée, le compagnonnage joue un rôle important dans l'étiologie de la délinquance (**111**). Healy dont l'étude porte ici sur 3.000 récidivistes, retient ce facteur dans 62 0/0 des cas, sans entendre par là qu'il s'agisse de compagnons corrupteurs.

Une enquête a été faite en 1928 sur les 1.886 délinquants (primaires ou récidivistes), appelés devant le tribunal des enfants de Chicago ; elle porte sur 3.517 actes délictueux ; 74,4 0/0 commirent leur premier délit avec des compagnons ; 19 0/0 sont signalés comme n'agissant jamais que seuls.

Sur 4.663 sujets impliqués dans des affaires de vol, 33 0/0 commirent leurs délits avec un autre, et 30,9 0/0 avec deux complices, ce qui implique presque une organisation en bande.

4. Le rôle du cinéma comme facteur criminogène a été fort diversement apprécié.

Qu'il exerce sur les enfants et les adolescents une emprise profonde, orientant leur vie intellectuelle et surtout sentimen-

tale, inclinant les dispositions de leur volonté, la chose n'est point contestable. Des éducateurs expérimentés ont soutenu cette thèse que le film (sauf le film proprement éducatif) était toujours néfaste aux adolescents. D'autre part, il n'est pas douteux que le contrôle, si bien fait soit-il, n'empêchera pas ces influences fâcheuses.

La fréquentation du cinéma, le spectacle de certains films exercent-ils une action plus spécialement déterminante ? Cette question, déjà discutée au Congrès international pour la protection de l'enfance de 1930, reste fort controversée.

Parmi les enquêteurs dont nous avons rappelé les statistiques, Healy et Burt ne lui reconnaissent qu'un rôle criminogène modique : Burt l'admet dans 5,1 0/0 des cas (7,3 0/0 garçons et 1,4 0/0 des filles) ; Healy s'étonne de ne pouvoir établir nettement son influence dans plus de 1 0/0 des cas. L'on pourrait peut-être objecter à ces statistiques qu'elles portent sur un matériel déjà ancien, alors que la passion du ciné ne cesse de s'étendre. Blanchard est également très réservé. Aguirre (1) ne croit pas établie une action provocatrice directe.

Cependant, Rouvroy fait jouer un rôle étiologique réel au cinéma dans 31,8 0/0 de ses cas observés ; il appuie son argumentation par une série de cas concrets vraiment frappants (**103**).

Inversement, Jacquillard (**63**), faisant porter une enquête sur 150 garçons délinquants du canton de Vaud, constate que 30 0/0 n'ont jamais fréquenté le ciné ; 16 0/0 ont vu des films douteux. Un seul sur 150 s'est inspiré des scènes vues au ciné pour commettre son délit. D'autre part, parmi les voleurs, aucun n'a volé exclusivement pour aller au cinéma, mais, après le vol, ce divertissement se trouva associé à d'autres plaisirs.

Mitchell (**79**), d'une enquête faite sur 10.000 enfants de Chicago, conclut que les enfants délinquants ont une expérience plus étendue du ciné que les enfants d'autres groupes (écoliers en général, scouts) ; ils y voient une évasion des réalités pénibles de leur ambiance. Peu d'entre eux y rattachent l'origine de leur conflit avec la loi. Certains envisagent les cinés comme des refuges contre la tentation.

Disons encore que, dans leurs célèbres expériences sur la formation morale, Hartshorne et May (**47**) constatent qu'il n'y a pas de corrélation élevée entre la fréquence avec laquelle les enfants vont au cinéma, et leurs réponses aux tests de mensonge (+ 17,11 seulement).

LA JURIDICTION DES ENFANTS

Depuis l'époque où fut instituée, dans le « comté de Cook », en Illinois, en 1899, selon des vues déjà très larges, la première juridiction des enfants, peu d'institutions ont eu une pareille fortune. De nos jours, il n'est plus guère de pays qui ne se fasse gloire d'avoir organisé un tribunal des enfants.

Est-ce à dire que, sous un vocable identique, se retrouve une institution équivalente, dégagée pareillement des notions théoriques de la peine et du formalisme de la procédure pénale, orientée uniquement vers la rééducation du mineur ?

Lorsqu'on parcourt les textes et les commentaires des lois sur les mineurs (**162**), l'on s'aperçoit qu'il en va tout autrement.

C'est ainsi que *la compétence du Magistrat* des enfants est sujette à des limites très variables, liées, semble-t-il, aux traditions juridiques des divers pays. Souvent, les contraventions ne sont pas du ressort du juge des enfants.

Pareille restriction de compétence comporte des inconvénients qu'il ne faut pas se dissimuler : la personnalité du jeune délinquant échappe en partie au juge des enfants ; au moment où ce magistrat peut en connaître, diverses infractions ont été commises, et des mesures, qui auraient pu être efficaces au début, seront maintenant inopérantes.

D'autre part, il existe de singulières variations quant à *l'âge des enfants,* qui ressortissent au tribunal des enfants. Sous 14 ans, le mineur n'étant pas réputé punissable, c'est une autorité locale, le tribunal de tutelle, par exemple, qui est compétent (Allemagne, Autriche, Yougoslavie). Mais ce juge de tutelle, magistrat de carrière, sans doute, n'est pas spécialisé. Du point de vue cher au psychiatre : la connaissance approfondie de la personnalité du mineur et de toute sa carrière, cette disposition, qui éparpille l'autorité capable d'intervenir en connaissance de cause, est tout aussi néfaste.

Il faut bien reconnaître aussi que la distinction faite obligatoirement entre mineurs de moins de 13 ans (ou 14 ans), dont la responsabilité ne se discute pas, et mineurs de plus de 13-14 ans, pour qui la *question du discernement* doit être posée, est une prescription désuète, un vain formalisme. Cette règle du droit français se retrouve cependant dans la loi allemande de 1924, dans la loi autrichienne de 1928, dans la loi polonaise de 1929, la loi grecque de 1932, dans le décret-loi italien de 1934. Ne suffit-il pas que le magistrat, éclairé sur la

psychologie du mineur, applique dans chaque cas la mesure la plus adéquate. Pourquoi en limiter à l'avance le choix ?

Signalons aussi la tendance qui se fait jour en beaucoup de pays, à élever l'âge-limite de compétence du magistrat des enfants (18 ans dans le décret-loi italien).

Comment assurer à cette juridiction spéciale un ou des magistrats qui aient *la compétence* et l'intérêt voulus pour cette tâche ? L'instabilité dans cette fonction, qui serait considérée peut-être comme un poste d'attente, est surtout préjudiciable. (Le rapporteur français au Congrès pénitentiaire international proposait la suppression du roulement).

En matière de délinquance infantile, plus qu'ailleurs, une culture spéciale est indispensable. On a pu écrire, non sans âpreté, que, « pour le diagnostic et le traitement de sujets à conduite,et à caractère antisociaux, le juge pourrait aussi bien être compétent en sanscrit qu'en droit » (Glueck).

L'on s'est même demandé s'il ne conviendrait pas de retirer complètement aux autorités judiciaires l'application du droit des enfants et de la confier aux autorités scolaires ou tutélaires, celles-ci étant plus versées dans les questions de prévoyance sociale. Il n'en reste pas moins ce fait que toutes les mesures prévues dans le droit pénal de l'enfant ne sont appliquées que lorsque le mineur s'est rendu coupable d'un délit, et que ce fait délictueux doit être constaté avec toutes les garanties que donne la culture juridique.

La loi autrichienne dit : « On ne peut admettre comme juges pénaux, dans les causes d'enfants, que des juges distingués par leur compréhension pédagogique ; ils doivent jouir, si possible, d'une instruction scientifique dans le domaine de la psychologie, de la psychiatrie ou de la pédagogie. »

Enfin faudrait-il que le magistrat spécialisé eût une clientèle suffisante dans *le ressort* de son tribunal ; il n'en est pas toujours ainsi. Et c'est ainsi qu'on voit en Belgique, en maints arrondissements, le président du tribunal exercer en outre la fonction de « juge des enfants ». D'ingénieuses dispositions ont visé à éluder cette difficulté. La loi des Pays-Bas avait prévu que la même personne pouvait être juge des enfants auprès de plusieurs tribunaux d'arrondissements, par exemple, à la fois dans une grande ville et dans un arrondissement rural limitrophe, mais pour des raisons d'économie, cette disposition n'a pas été mise en pratique. La loi allemande l'avait aussi prévu. La loi italienne de 1934 tranche la question en stipulant qu'il n'y a qu'un tribunal des enfants par ressort

d'appel, au siège de la Cour d'appel. Cette centralisation permet évidemment la spécialisation du magistrat des enfants ; elle lui assure aussi des collaborateurs et des moyens d'investigation mieux choisis puisqu'elle crée une maison d'observation dans chaque siège de Cour d'appel.

Le tribunal des enfants sera-t-il constitué par un collège ou un seul magistrat ?

A une époque où les tendances du droit s'orientent vers l'organisation de chambres à juge unique, la persistance d'un tribunal des enfants — sauf au degré d'appel, — constitué de trois magistrats juristes, semble bien un luxe inutile. La Cour à plusieurs juges donne à l'audience un apparat qui est néfaste au point de vue psychologique, soit qu'elle intimide l'enfant, soit qu'elle le pousse à la fanfaronnade. D'autre part, elle ne peut lui inspirer confiance.

Plus intéressantes sont diverses législations, qui réservent à des laïques la fonction d'assesseurs.

En Tchécoslovaquie, le tribunal se compose de deux magistrats et de un ou deux hommes d'œuvres. En Allemagne, lorsque le tribunal des enfants comporte des assesseurs, ce sont deux hommes d'œuvres choisis dans une liste dressée par l'Office pour la jeunesse ; les femmes sont admises. En Autriche, l'on choisit volontiers des instituteurs ; la présence d'une femme y est requise s'il s'agit d'une mineure. Les quelques tribunaux pour enfants, de Colombie, comportent, à côté d'un magistrat, un médecin, lequel est nommé par le Gouvernement. Ceux du Mexique (code de 1929) comportent, sous la présidence d'un juriste, un expert en psychiatrie et un expert en matière d'éducation ; une femme siège si l'inculpé est une fille. En Espagne (décret de 1925), les deux conseillers sont nommés par le Ministre de la Justice, sur la proposition du Comité provincial de protection de l'enfance, la présence d'une femme est requise, s'il s'agit d'une mineure. Au Portugal, dont la législation de l'enfance est intéressante à tant de titres, les tribunaux d'arrondissements sont présidés par un juge non spécialisés ayant, comme assesseurs, un médecin et un pédagogue. Les cas nécessitant l'internement sont déférés par eux à l'un des trois tribunaux centraux, où siège un juge unique spécialisé, le médecin et le pédagogue n'agissant ici qu'au titre d'experts attachés à l'institut d'observation.

Le décret-loi italien de 1934 prescrit que l'un des trois membres du tribunal soit un « citoyen dévoué aux œuvres sociales, ayant des connaissances en biologie, psychiatrie, anthropologie criminelle, pédagogie ».

Reste à voir si ces collaborateurs indispensables, du tribunal des enfants, l'homme d'œuvre, le médecin, doivent siéger eux aussi. On ne voit pas que, dans la durée restreinte de l'audience, ils puissent mettre en œuvre leurs connaissances spéciales.

Cette question de la collégialité fit l'objet de quinze rapports des plus intéressants au Congrès pénal et pénitentiaire de Prague. La discussion montra que la majorité des rapporteurs marquaient leur préférence pour le juge unique, mais le vœu qui termina cet échange de vues n'exclut pas le collège d'assesseurs, qu'ils soient médecins, pédagogues ou assistants sociaux.

Pour qui connaît l'organisation d'une juridiction reposant sur un seul magistrat spécialisé, comme le juge des enfants en Belgique, les avantages de ce système ne sont pas douteux. Il existe en Pologne (1929), en Yougoslavie (1929), en Grèce (1932).

Ce qui est infiniment plus important, *essentiel* même à la mission sociale du juge des enfants, c'est *qu'il suive* facilement *son pupille dans l'avenir.* Rappelons qu'à cet égard la permanence du juge est très désirable.

Il faut que le juge soit régulièrement, automatiquement, tenu au courant par les rapports de ses délégués. De la sorte, l'éventualité de cette procédure exceptionnelle, « l'incident à la liberté surveillée », n'existera plus. Le juge doit pouvoir prendre, *proprio-motu,* toutes les dispositions que les changements dans l'état physique, mental, moral de l'adolescent, où les modifications de son milieu familial et social, rendent souhaitables. Ses décisions doivent être essentiellement révocables, non en théorie seulement, ou sur la requête de la famille, mais dans la réalité quotidienne (1).

En Belgique, le juge des enfants doit revoir, au bout de trois ans, les mesures qu'il a prises, si les circonstances n'ont pas amené une modification plus hâtive. Fait capital, il garde toute autorité sur les mineurs qu'il a jugés. Il les visite régulièrement, en personne, dans les établissement où il les a placés, fût-ce l'établissement de l'Etat. Il décide de leur libération à l'essai ou définitive.

---

(1) Le décret-loi italien prescrit qu'un des magistrats du tribunal des enfants soit juge de surveillance (dans le code pénal italien, le juge de surveillance dirige et règle l'exécution de la peine).

On voudra bien excuser cette incursion dans le domaine juridique où le rapporteur avoue son incompétence.

Il a semblé cependant qu'il n'était pas déplacé, dans un rapport où des psychiatres étudient les moyens d'individualiser l'action rééducative, de décrire succinctement l'évolution des institutions juridiques qui prépare le magistrat des enfants à mieux se pénétrer de ce point de vue (1).

L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE ET ANTHROPOLOGIQUE

L'on devrait s'attendre à ce que cette mesure, base élémentaire d'une sentence rééducative, fût appliquée d'une manière générale.

Il n'en est malheureusement rien. Partout l'on trouve des réalisations fragmentaires, fruit de l'initiative individuelle des magistrats, des psychiatres, des hommes d'œuvre. Chose plus fâcheuse, nous l'avons déjà dit, l'opinion des juristes n'est pas ralliée à la systématisation de cet examen (145).

Faut-il rappeler les très graves inconvénients de cette lacune capitale. L'intérêt du mineur s'en trouve compromis : où trouver les critères d'après lesquels le juge décidera de faire procéder à un examen approfondi ? Ne verra-t-on que les récidivistes, ou les auteurs de certains délits comme les attentats aux mœurs, ou ceux qui semblent d'emblée être des inférieurs mentaux ? (mais ce sont précisément les autres, dont l'infériorité est moins manifeste, qu'il serait utile de dépister).

Nous passerons en revue les différentes modalités de ces examens spéciaux.

I. L'EXAMEN DANS UNE CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

I. — La collaboration systématique

Nous n'en connaissons que trois exemples :

---

(1) On trouvera dans le rapport de M. Heuyer l'exposé détaillé des textes légaux permettant ou prescrivant au juge des enfants des mesures d'examen médico-psychologique.

A) Le juge des enfants de Bruxelles

L'intervention de la *clinique médico-pédagogique du Brabant* pour les mineurs de l'arrondissement de Bruxelles, est due à l'initiative de M. le Juge Wets ; depuis 1920, elle assure l'examen de *tous* les mineurs dont est saisi le juge des enfants (sauf les cas placés d'emblée dans un institut d'observation). Pour certains enfants, habitant loin de la capitale, l'examen est fait à domicile par un médecin désigné par le juge.

Les conditions matérielles limitées, dans lesquelles fonctionne ce service, ne lui permettent pas l'ampleur de certaines consultations psychologiques américaines. L'étude caractériologique reste évidemment incomplète, étant limitée à un interrogatoire des parents et à une interview rapide de l'enfant.

Telle quelle cependant, cette consultation rend des services énormes ; grâce à elle, aucun cas d'affection médicale, d'anomalie psychiatrique n'échappe à la vigilance du juge ; il peut ainsi prendre des mesures de placement appropriées, ou s'il s'agit d'un cas délicat, prononcer une mise en observation dans un institut *ad hoc,* qui permettra de préciser l'importance des anomalies signalées. Ajoutons qu'une documentation scientifique, probablement unique, se trouve ainsi constituée.

B) Les tribunaux des mineurs de Paris

L'examen des prévenus libres comparaissant devant les juridictions des mineurs de Paris est réalisé grâce à l'intervention des œuvres rapporteuses. La Sauvegarde de l'Adolescence et le Service Social de l'Enfance en Danger moral ont organisé l'une et l'autre une consultation, dirigée par des psychiatres, pour l'examen des enfants dont l'enquête leur a été confiée. Au Service Social, qui s'occupe surtout des mineurs de 13 ans, une importance particulière est accordée en outre à l'orientation professionnelle (examen psychotechnique approfondi + profil psychologique d'après Laugier).

C) Le tribunal pour mineurs de Lille

Un service d'examen fonctionne depuis 3 ans à l'Institut de Médecine légale et sociale de Lille. L'exploration médicale est faite d'une manière approfondie ; l'examen psychiatrique est confié à un aliéniste de carrière.

Tous les mineurs faisant l'objet d'une poursuite, si minime

soit-elle, y sont envoyés systématiquement ; il en est de même pour tous les mineurs, antérieurement jugés, dont le cas est évoqué à l'occasion d'un incident à la liberté surveillée.

II. — La collaboration occasionnelle

Un des services médico-pédagogiques les plus connus de l'étranger est la « *Judge Baker Foundation* », dirigée par Healy et Bronner. Il est à noter que, malgré son titre, cette clinique psychologique ne limite nullement son activité à l'examen des mineurs adressés par le Juge des enfants, et d'autre part, que tous les mineurs délinquants ne lui sont pas envoyés pour avis préalable à la sentence.

En quoi consiste l'examen du mineur délinquant dans un service de ce genre, qui peut en passer pour le prototype ? Il n'est pas inutile, croyons-nous, d'y insister, car d'aucuns ont peut-être tendance à couvrir de ce nom de clinique psychologique, des réalisations beaucoup plus fragmentaires, ou dont la synthèse n'est pas élaborée d'une manière aussi scrupuleuse (3 ; 40).

L'examen social dispose des éléments suivants :

1) L'enquête communiquée par le tribunal,

2) Le résumé des fiches des divers sociaux consultés, s'il en existe à l'Office central de documentation.

3) Une interview prise par un assistant social du service à la personne qui amène l'enfant. Elle comporte des renseignements détaillés sur la nationalité, l'éducation, les habitudes, occupations et niveau de chaque parent, les conditions du foyer et les relations familiales ; un questionnaire médical et psychologique sur toute l'évolution de l'enfant, qui met particulièrement l'accent sur les traits caractéristiques de sa personnalité, de ses réactions envers la famille, de ses intérêts et de ses tendances émotives, intellectuelles, sensorielles, artistiques, morales, sociales, etc...

Cette conversation prend en moyenne deux heures.

L'examen médical n'a pas seulement pour but de dépister les conditions de santé défavorables, qui ont pu orienter l'enfant vers la délinquance, mais aussi d'étudier l'ensemble de son état hygiénique, afin d'en tirer des directives d'ordre médical et d'orientation dans le domaine éducatif, professionnel ou social.

L'examen psychologique, fait par un psychologue, comporte la recherche du niveau mental et aussi des aptitudes ou déficiences spécifiques. C'est ainsi que l'échelle de Binet-Terman est systématiquement complétée par des épreuves de coordination motrice, de mémoire associée, de construction (Ferguson Form Board). L'on procède aussi à l'épreuve dite « pictorial completion test »

bien connue de Healy, ainsi qu'à un testage des connaissances scolaires (écriture, lecture, arithmétique), (durée moyenne de cet examen : 1 h. 1/2).

L'examen psychiatrique se fait sans témoin et prend environ une heure ; documenté par les données des autres collaborateurs de la clinique, le psychiatre invite l'enfant à lui raconter son histoire ; il le prie notamment d'évoquer son tout premier délit et les conditions dans lesquelles il fut commis. Il tâche ainsi de reconstituer le tableau de la vie mentale et affective du jeune délinquant.

Il n'est pas fait de psychanalyse proprement dite ; certains cas, où elle semblait indispensable, ont été adressés à des consultants.

Mais, la caractéristique essentielle de la clinique semble bien être la « staff conference » présidée par le directeur de la clinique et à laquelle participent tous ceux qui ont examiné l'enfant à un titre quelconque.

Au début de l'existence de ce service, le juge des enfants, en personne, prenait part à cette discussion et à l'élaboration du plan de traitement. La présence du juge (ou d'un de ses délégués immédiats) est évidemment opportune, tant pour éclairer le magistrat que pour permettre d'exposer les obstacles légaux ou autres qui entraveraient l'application du traitement proposé par la clinique.

Une autre clinique psychologique célèbre, l' « *Institute for juvenile research* » *de Chicago*, n'examine, elle aussi, qu'une partie des enfants de justice. En fait, si l'on jette un coup d'œil sur les statistiques, on s'aperçoit que cette proportion est minime (438 cas pour l'année 1928-29).

Dans les autres régions des *Etats-Unis*, la situation est moins favorable encore : une douzaine de tribunaux pour enfants ont leur propre clinique psychiatrique ; beaucoup recourent aux bons offices d'un dispensaire d'hygiène mentale, mais n'y adresse que les enfants présentant des problèmes qui paraissent extrêmement difficiles (1). Enfin, la grande majorité des tribunaux pour enfants, ou des sessions de tribunal réservées aux enfants, ne disposent d'aucun examen médical, ni encore moins d'examen psychologique.

Il résulte de renseignements récents demandés en *Angleterre* pour l'élaboration de ce rapport, qu'aucune juridiction des enfants ne soumet *tous* ses justiciables à un examen psychologique ou psychiatrique. Dans quelques rares cas, le tri-

(1) Renseignements donnés par le U.S. Children's bureau.

bunal adresse des enfants déterminés à un psychiatre ou à un psychologue agissant à titre d'expert. Plus fréquemment, les services locaux pédagogiques peuvent être chargés de ces examens; enfin, le tribunal *peut* faire appel à une œuvre comme les « Child Guidance Clinics ».

Aux *Pays-Bas,* le juge des enfants ne recourt pas systématiquement aux consultations médico-pédagogiques ; il le fait, dans certains cas, sur la suggestion du rapporteur.

III. — L'examen médico-psychologique au patronage

L'organisation médicale et psychiatrique du Patronage de l'Enfance et de l'Adolescence, à Paris, réalise un type très spécial. Il ne s'agit pas ici de dépistage avant la décision judiciaire, mais bien de proposer les meilleures modalités d'un placement, d'où l'accent particulier donné à certains problèmes, par exemple : l'orientation professionnelle.

Rattaché à la Faculté de Médecine de Paris, et au cadre des hôpitaux de Paris, il est devenu un centre d'enseignement très suivi, sous le titre de Clinique Annexe de Neuro-psychiatrie Infantile de la Faculté de Médecine de Paris. Sous l'active et persévérante impulsion de Heuyer, il a pris une extension considérable. Le travail en équipe y est appliqué, sans que l'unité de direction et le sens clinique y perdent leurs droits.

L'examen médical est particulièrement développé, grâce à de multiples collaborateurs spécialisés ; citons, notamment, le service de métabolisme de base.

L'examen psychologique et psychiatrique comporte :
l'application systématique des tests de Binet ou de Terman ;
l'établissement d'un profil psychologique ;
l'application des tests du caractère de Heuyer et Courthial ;
l'avis du personnel du patronage sur les réactions de l'enfant ;
éventuellement, le recours à la psychanalyse.

L'orientation professionnelle fait l'objet d'une exploration très approfondie. L'examen psychotechnique comporte l'exploration, à l'aide d'appareils spéciaux, de la vision, du tact, de la force musculaire, d'habileté motrice [test de tracage, test d'enfilage des perles, du temps de réaction (chronoptoscope)], et, d'autre part, l'exécution d'une série d'épreuves de montage d'objets de complexité croissante, mais dont l'étalonnage est connu (boîte de Laugier).

Ces divers éléments sont soumis à l'appréciation du médecin en chef, qui, après un examen personnel du mineur, consigne en quelques lignes son impression d ensemble, son pronostic et fixe les directives du placement ultérieur.

Le personnel de la maison de garde ne semble pas formé à l'esprit de l'observation, tel qu'on la concevrait dans un poste d'observation en Belgique ou aux Pays-Bas. Sans doute a-t-on créé un petit service dit d'observation pour une dizaine d'enfants, mais ils passent en chambrette la presque totalité de leur temps, de sorte que les multiples possibilités d'observation caractériologique, liées à leurs interréactions ne sont pas exploitées.

II. L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE DANS LES MAISONS DE DETENTION PREVENTIVE

La maison de détention préventive, même si elle n'est pas la prison ordinaire ou un quartier spécialisé de celle-ci, a une fâcheuse réputation dans le monde de la protection de l'enfance.

Si elle participe du régime d'une maison cellulaire, elle impose aux enfants un isolement rigoureux, immérité et inutile; elle rend, dès lors, toute observation réelle du comportement illusoire ; elle permet tout au plus un bilan « statique », figé, des connaissances scolaires et du niveau psychologique ; au surplus, on peut l'affirmer, il est impossible d'obtenir du cadre pénitentiaire, tant supérieur que subalterne, une adaptation aux directives psychologiques et pédagogiques de l'observation.

Dans une autre hypothèse, la maison de garde préventive n'est qu'un « foyer », un petit internat, tenu par une œuvre charitable ou une personne privée de bonne volonté, il est alors exceptionnel qu'elle puisse accueillir les mineurs sans que la promiscuité de la vie commune constitue pour eux un danger moral grave, et elle ne réunira pas davantage les compétences nécessaires à un examen des enfants. L'on risque fort d'y faire des besognes fragmentaires, de l'à peu près, du diagnostic d'impression, plus dangereux qu'efficace pour l'enfant, et sans aucune valeur pour l'étude scientifique du problème de la délinquance infantile.

La détention préventive est donc un mal en soi, parfois inévitable, mais dont il faut réduire les risques à l'extrême

minimum. Cette préoccupation se retrouve en tous les pays (1).

Parmi les efforts réalisés à l'instigation des psychiatres dans les maisons de détention préventive, les examens médico-psychologiques des prisons de Fresne et de Lyon sont des plus intéressants.

Les *quartiers pour mineurs de la prison de Fresne*, rebaptisés « maison d'éducation surveillée », témoignent d'un effort louable d'adaptation de l'administration pénitentiaire.

Disons, toutefois, que cette organisation intéressante ne semble pas avoir pour but ni pour effet de faciliter la tâche d'examen des enfants : sans doute, l'instituteur consigne-t-il une note journalière pour chacun d'eux, mais elle est des plus succincte : comment d'ailleurs concevoir qu'une personne puisse réellement observer un tel nombre de sujets qui passent en cellule la plus grande partie de la journée. Qu'on nous permette de le redire encore, la conception que l'on se fait ailleurs de l' « observation » est fort différente.

L'examen médico-pédagogique, réalisé d'abord sous forme d'essai en 1927-1928, avec le concours gracieux des docteurs Roubinovitch, Paul Boncour et Heuyer, est depuis lors devenu systématique. Toutefois, il n'est pas légalement obligatoire, et quelques cas y seraient soustraits de temps à autre.

De quels éléments d'information le psychiatre dispose-t-il ?

1) d'excellentes enquêtes sociales ;

2) des notes de l'instituteur ;

3) du cahier qui a été remis à chaque mineur et dans lequel il a consigné le récit de sa vie ;

4) des protocoles d'examen médical général et spécial fait systématiquement (prise de sang pour réaction de la syphilis ; — le mineur est d'ailleurs pourvu d'un livret médical individuel — et de la tuberculose, examen gynécologique avec frottis) ; dans des cas spéciaux, examen de l'appareil respiratoire par le spécialiste attaché à la prison, analyse du liquide céphalo-rachidien).

Le résumé de ces documents et leur interprétation est consigné dans un rapport médico-légal, de quelques lignes, qui est transmis au juge d'instruction par le directeur de la prison. Ce rapport contient une proposition de traitement.

(1) Rappelons qu'un des thèmes de discussion du Congrès Pénal et Pénitentiaire international de Berlin, 1935, sera le suivant : « De quelle manière pourrait-on concilier, dans l'organisation de la détention préventive des mineurs, les exigences de la procédure avec l'intérêt de la protection morale du mineur contre les dangers de la détention ? »

A Lyon, les efforts persévérants du professeur Etienne Martin ont créé un *centre de triage, rattaché à l'Institut de médecine du travail,* dans les deux prisons préventives.

Ici c'est le psychiatre qui assume seul la responsabilité des avis donnés : l'enquêteuse sociale relève directement de lui et n'adresse pas son rapport *in extenso* au tribunal.

III. L'EXAMEN PSYCHIATRIQUE DANS LES MAISONS D'OBSERVATION

I. — La conception belge (1)

L'observation fut préconisée par l'inspecteur pédagogique des institutions belges, M. Renault. Le premier établissement d'observation en Belgique fut celui de l'Etat, à Moll, organisé et dirigé depuis lors par un éducateur de grand talent, psychologue d'élite, M. Maurice Rouvroy ; c'est lui qui en a conçu les principes, réalisé la vie quotidienne, qui l'anime de son esprit, qui y a formé des générations de collaborateurs, devenus à leur tour chefs de service ou fondateurs d'institutions analogues par le monde.

Nous nous proposons de décrire la méthode belge d'observation telle qu'elle est appliquée à l'Institut de Moll, et de passer ensuite rapidement en revue quelques autres services d'observation, en insistant sur leurs particularités propres.

A) L'Établissement d'observation de l'Etat pour garçons, a Moll

1. *Le premier accueil* s'efforce d'être bienveillant ; le parloir, aux murs couverts de dessins et de fresques, n'évoque point l'antichambre d'une prison ; l'interviewer n'est pas un gardien multigalonné, mais un homme, un père de famille, qui sait parler à des enfants et comprendre leurs attitudes. Il rédigera d'ailleurs quelques notes sur ce premier contact du mineur.

2. *La mise en chambrette au pavillon d'accueil :* « Il y a « sur la table de quoi lire, de quoi crayonner ; s'il veut, l'en- « fant écrit, lit : on ne commande rien ; il faut le connaître « tel qu'il est d'abord et non tel qu'on le voudrait. On se re-

(1) Documentation (22, 101, 102, 104).

« laie pour ne pas laisser seul à ses rêveries, à ses peines, « l'enfant qui ne s'occupe pas. On l'instruit des coutumes « d'ici, on cause..., on écoute les confidences, on se fait « camarade ; on lui suggère d'écrire le récit de sa vie. » (Rouvroy).

3. *La vie au pavillon d'observation.* Après ces premiers jours, l'enfant est confié à une section. Il existe à Moll six sections ; chaque section comprend au maximum 20 à 25 enfants et forme un tout ; elle comporte une salle de classe, un réfectoire, qui est en même temps salle de famille, un vestiaire, un atelier pour les petits travaux manuels, un dortoir avec chambrettes, une cour, où chaque élève a un petit jardin personnel.

Elle est dirigée par un instituteur, pourvu d'un diplôme d'école normale, et qui a dû s'astreindre à un stage dans la maison avant sa promotion. Ses collaborateurs restent, comme lui, attachés à la même section et s'occupent toujours des mêmes enfants.

La classe est avant tout un moyen de sondage intellectuel: les travaux manuels servent à déceler les aptitudes pratiques de l'enfant, sa patience, sa bonne volonté, son courage.

Les facultés affectives et morales, qui se prêtent beaucoup plus difficilement à la vérification au moyen de tests, sont surtout décelées par l'observation de toutes les actions et réactions de l'enfant dans la vie journalière du pavillon : en classe, à l'atelier, en récréation, dans ses rapports avec les maîtres, avec ses compagnons, quand il reçoit ou ne reçoit pas de nouvelles de sa famille.

Pour mettre l'enfant « à l'aise », et faciliter ainsi l'observation, la vie au pavillon est rendue aussi normale et aussi naturelle que possible. Une grande liberté est laissée aux enfants ; ils doivent se sentir « chez eux ». Tout est préparé pour leur donner l'occasion d'extérioriser leur personnnalité. Ils sont associés à la vie et à l'administration de leur pavillon ; le plus grand nombre possible sont investis de charges de confiance, ou sont responsables de certains points du service ou du règlement. Les enfants organisent eux-mêmes un tribunal d'honneur, pour juger leurs camarades qui ont enfreint la discipline.

4. On ne recourt pas à Moll à un clavier de tests psychotechniques ; les jeunes gens ont l'occasion de témoigner leurs aptitudes en se livrant aux travaux du bois et du fer, au modelage.

5. L'Etablissement de Moll possède un *laboratoire de psychologie expérimentale* très bien monté. Toutefois, dans la conception de son directeur, les tests ne sont pas des routines que l'on applique systématiquement, mais des éléments de contrôle objectif, parmi lesquels on choisit le moyen de « recouper » en temps utile certaines données de l'observation quotidienne, ou d'analyser le mécanisme de constatations faites.

6. Au bout d'un terme de deux ou trois mois, les divers collaborateurs réunis discutent l'ensemble du cas ; un *rapport d'observation* est rédigé ; il recueille les données consignées déjà sur les diverses fiches : médicale, psychopédagogique, d'orientation professionnelle, en dégage une synthèse et soumet à l'autorité une proposition de traitement ultérieur. Ce rapport, en général assez long, est adressé en double au magistrat des enfants et à l'administration centrale. Partout où le mineur sera transféré, la transmission du rapport le précédera de quelques jours.

7. La *classification utilisée à Moll* est téléologique : elle est dictée surtout par la recherche de l'élément qui doit dominer dans la rééducation du sujet, la détermination du groupe collectif auquel il sera incorporé à cette fin.

Voici comment s'établit le *pourcentage des divers types* décrits par M. Rouvroy :

1. Irréguliers médicaux	*3,94 %*
Infirmes profonds	1,19 %
Malades curables	2,33 %
Malades incurables	0,42 %
2. Irréguliers psychiques	*31,64 %*
Arriérés profonds	1,13 %
Anormaux éducables	28,12 %
Anormaux collocables	2,39 %
3. Irréguliers moraux	*55,30 %*
Indécis moraux après l'observation et le premier traitement	30,48 %
Amendables affirmés	20,19 %
Dégénérant vers la perversité nette	4,63 %
4. Irréguliers sociaux purs c'est à dire sans faute morale à leur charge, *sans famille* et *sans métier*, n'ayant fait au plus que la mendicité par ordre, du vagabondage de nécessité, de la rapine de consommation immédiate ...	*9,12 %*

B) L'Établissement d'observation de l'Etat pour filles, a Saint-Servais, par Namur

Il se compose de quatre pavillons complètement séparés.

L'Institut est desservi par une congrégation religieuse, qui y consacre les meilleurs de ses éléments. Les religieuses-chefs d'un pavillon, qui ont le diplôme normal de l'enseignement moyen, ont été, en outre, formées à leur tâche par des stages, et par des leçons spéciales de psychologie données par un docteur en pédagogie. Elles sont secondées dans chaque pavillon par trois autres sœurs.

Quelques nuances marquent les traditions propres à Saint-Servais : c'est ainsi que la relation autobiographique y est tombée en désuétude, que l'on attache une moindre valeur aux questionnaires ou enquêtes transmis de l'extérieur ; l'exploration systématique par les tests n'est guère en usage, ni la formulation en âge mental. La base de l'observation, c'est le comportement dans le milieu du pavillon, et aussi le résultat des classes de sondage : exercices de difficulté graduée, devoirs permettant sans doute d'apprécier les connaissances acquises, mais surtout choisis pour mettre en lumière les particularités de l'imagination, de l'attention, les types de mémoire ; toutes ces épreuves, annotées et corrigées, s'accumulent dans le dossier de l'enfant.

C) L'observation a l'Institut Ste-Marguerite de Cortone, a Anvers (Kiel)

La conception initiale du home d'observation a été ici délibérément négligée : dès les premiers jours, les mineures sont réparties entre les diverses sections de l'Institut, dont tout le personnel a été formé à une discipline scientifique rigoureuse, dirigée par un psychiatre, docteur en pédagogie. Chaque maîtresse s'astreint à n'employer que des qualifications dont la valeur a été préalablement discutée et évaluée par des critères précis (l'habileté manuelle par exemple, par des attitudes photographiées), à ne donner aucune appréciation qui ne soit appuyée sur de multiples menus faits, enregistrés textuellement (paroles, réponses de l'enfant, etc.). En classe, la matinée est consacrée aux leçons systématiques ; l'après-midi au sondage intellectuel des élèves.

Des tests psychologiques, en outre, sont faits systématiquement : épreuves de Terman, tests de Pintner et Paterson, et « picture-completion test de Healy ».

Chose capitale, l'Institut s'est imposé la charge d'une assistance sociale, afin de refaire les enquêtes familiales et sociales dans l'esprit de rigoureuse précision qui est la tradition de la maison.

Enfin, chaque enfant fait l'objet d'une longue discussion dirigée par le psychiatre (case conference), qui dégage les directives du travail rééducatif.

D) Le poste d'observation du Bon-Pasteur, a Evere (Bruxelles)

Il est installé dans une vaste maison privée, voisine des Instituts de la congrégation, mais pourvue d'une vie absolument autonome. Elle abrite au maximum 20 jeunes filles.

L'observation est dirigée par une religieuse, infirmière diplômée et Bachelière, aidée de 4 personnes.

L'exploration psychologique et l'interprétation psychiatrique des investigations sont faites avec le concours d'un psychiatre consultant.

L'examen mental de toutes les mineures est effectué à l'aide d'une méthode analytique (courbe psychographique de Vermeylen), il est complété par de multiples recoupements, empruntés à d'autres techniques (Terman, Decroly, Rouvroy), mais dont l'application n'est pas systématique. Cette analyse individuelle et les conversations avec la directrice prennent 5 à 6 heures en moyenne par mineure.

Un second élément d'exploration est la classe de sondage : conformément aux suggestions de l'inspection pédagogique (M. Renault), il a été établi un programme de « leçons », échelonnées sur 2 mois, qui ne sont nullement un enseignement systématique, mais une exploration des fonctions de jugement et de compréhension, à l'occasion des rapports logiques entre les idées et les nombres : chaque leçon comporte des problèmes psychologiques de difficulté croissante, permettant donc à chaque mineure de donner son entière mesure ; chaque résultat est reporté sur un graphique.

Ces investigations portant surtout sur l'intelligence ne préjudicient pas à l'observation caractériologique, liée aux réactions de la vie commune, qui reste à l'avant-plan.

II. — L'observation en d'autres pays

Les Pays-Bas, comme la Belgique et plus encore qu'elle, ont un régime d'organisation sociale qui fait une large part à

l'initiative privée, l'Etat se bornant à suppléer à ses déficiences, et en fait, accueillant surtout les mineurs les plus difficiles.

Les services d'observation y fonctionnent depuis 1905 dans les Institutions de l'Etat ; ils eurent d'abord pour objectif une meilleure répartition des pupilles de ces Institutions. Par un paradoxe curieux, on place aussi des mineurs en observation dans les écoles de correction de l'Etat (Tuchtscholen), à régime disciplinaire, ce qui implique une contradiction de points de vue et de méthodes. Les œuvres privées ont fondé, en général sur une base confessionnelle, de multiples maisons d'observation, qui visent nettement à documenter le juge des enfants avant sa décision (il y en a 4 pour garçons et autant pour filles) ; ces maisons d'observation se sont substituées aux maisons de garde préventive, dont le vieil esprit a presque disparu. Ces Institutions rendent de grands services, mais on leur a reproché de manquer d'uniformité dans leurs méthodes (61).

Dans les services d'observation néerlandais, le psychiatre joue un rôle plus marqué qu'en Belgique ; nulle part cependant, il n'assume la direction, comme c'est le cas à Zurich ou en Italie.

En d'autre pays, à tendance politique étatiste, les services d'observation sont le monopole d'une œuvre nationale, plus ou moins autonome.

Les *centres d'observation d'Italie* sont l'une des activités de l'Œuvre Nationale pour la Maternité et l'Enfance. La loi de 1934 a imposé, dans chaque siège de Cour d'Appel, la création d'un ensemble d'Institutions qui comporte un centre d'observation pour mineurs.

Il en existera donc un prochainement dans 23 grandes villes. Ceux de Rome, Naples, Palerme, Milan fonctionnent déjà.

Tous les enfants qui doivent passer devant le tribunal des enfants séjournent dans ce centre d'observation (les mineurs abandonnés aussi, pendant les enquêtes nécessaires).

L'organisation italienne attribue au médecin un rôle tout à fait prépondérant dans cette observation des enfants.

Le « Commissaire » est un médecin spécialisé en anthropologie criminelle ; il est assisté régulièrement par un médecin psychiatre qui procède à toutes les investigations nécessaires ; ensemble, ils rédigent le rapport d'observation destiné au Tribunal. Ils sont aidés par des instituteurs diplômés et des assistantes sociales.

Rappelons, sans pouvoir entrer dans les détails, que l'or-

ganisation des services *en Espagne* prévoit l'existence d'une maison d'observation auprès de chaque tribunal. Pratiquement, ce n'est que dans de grandes villes que sont réalisées ces maisons d'observation dans des conditions scientifiques.

Le régime des maisons d'accueil et d'observation *portugaise*, les « Tutorias », est calqué sur celui de Moll ; elles comportent toutefois un pavillon spécial pour les enfants en danger moral.

Nous ne pouvons décrire ici, faute de place, le fonctionnement de certains services d'observation modèles, comme ceux du canton de Zurich, de la ville de Vienne.

Au Chili (loi et règlement de 1928), l'enfant doit être examiné par une visiteuse du service social, ainsi que par le médecin, le psychologue et l'instituteur de l'établissement. La durée de l'enquête est indéterminée et l'enfant doit demeurer dans la « maison des mineurs » jusqu'à ce qu'elle soit terminée.

L'ENQUÊTE SOCIALE

L'interprétation psychologique ou psychiatrique d'un cas de délinquance est impossible sans les éléments que permet de recueillir une enquête sociale bien faite.

Certaines législations ont fait appel au dévouement de personnes désintéressées, disposant de loisirs ; les résultats sont des plus médiocres, tant pour la qualité que pour la régularité des prestations accomplies. L'on a cherché à parer à ces difficultés par l'organisation de séries de cours et de conférences destinés aux délégués à la protection de l'enfance (**153**). Ce palliatif est insuffisant ; une formation psychologique et une technique ne s'acquièrent pas ainsi.

La nécessité s'impose de plus en plus d'attacher au tribunal pour enfants des enquêteurs rémunérés, porteurs d'un diplôme de service social, ou d'infirmière visiteuse. En Belgique, 6 magistrats des enfants disposent ainsi d'un ou plusieurs délégués rétribués. Aux Pays-Bas, la mission de rapporteur est de plus en plus confiée à des professionnels rétribués qui portent le titre, volontairement imprécis, de « ambtenaar voor kinderwetten ».

Signalons aussi l'effort admirable des Œuvres qui ont assumé la tâche de rapporteur près le tribunal de la Seine : les documents sont recueillis avec une rigueur, une précision, une minutie, une abondance aussi, qui permet à quiconque de se faire à la lecture sa conviction, et ne laisse aucune place aux

entraînements de la sympathie ou de la conviction de l'enquêteuse.

Puissent de telles collaborations se généraliser à tous les ressorts judiciaires. Rien ne s'oppose à ce que, dans les petits centres, plusieurs œuvres médico-sociales se partagent la rétribution d'une seule assistante sociale, qui consacrerait à différentes tâches diverses parties de son activité.

Rappelons, en terminant, le vœu du Congrès International Pénal et Pénitentiaire de Prague (1930) :

« Les services auxiliaires auprès du tribunal pour enfants « doivent être confiés à des personnes ayant reçu une ins- « truction technique particulière et se consacrant d'une fa- « çon permanente à cette tâche. Le concours de personnes « bénévoles est hautement souhaitable ; il appelle toutefois « la direction par des éléments professionnels. »

Réflexions sur l'examen et l'observation des mineurs

1. La tendance se marque très nettement, notamment dans les services créés en France, de saisir l'occasion de cet exament pour procéder à un *bilan complet de la santé du mineur* (séroréactions, examen radiologique, etc.).

Cette méthode devrait être obligatoire. Elle se justifie d'autant plus que le mineur sera peut-être placé, pour une certaine durée, dans un internat ou dans un milieu rural, où ces investigations seraient impossibles ; il est nécessaire aussi que, dans ce milieu, il ne soit pas un facteur de contagion.

2. *L'examen mental* du mineur s'est parfois borné à l'application d'une échelle de tests mentaux. Il n'est plus justifiable aujourd'hui de s'en tenir à cette technique.

L'examen « *statique* » doit comporter divers éléments :

a) L'application d'une échelle globale (Binet-Simon ou Terman) n'en est que le premier.

b) Il est nécessaire aussi de procéder à l'investigation détaillée des aptitudes psychologiques de l'enfant. En Belgique, l'examen psychographique de Vermeylen est le plus employé à cet égard. Ailleurs, ont été composées des batteries de tests portant sur diverses facultés.

Ajoutons que l'examen approfondi par les tests est le moyen de choix pour apprécier les modalités du fonctionnement psychique (fatigabilité, réactivité, etc.), et les manifestations affectives du mineur en cause.

c) Dans cet examen statique, rentre encore l'exploration méthodique par les tests de moralité et de caractère ; nous ne pouvons, faute de place, aborder la description de ces techniques, dont le choix et la valeur firent, en pays anglo-saxons, l'objet de très nombreux travaux, accueillis d'abord avec quelque scepticisme, et dont M. Heuyer, avec ses collaborateurs, a apporté la première application à la psychiatrie médico-légale française (**58**).

d) Enfin, des tests d'habileté et d'aptitudes motrices (soit sous forme d'appareils de laboratoire, soit plus commodément sous forme d'objets à monter et à démonter) doivent être proposés, surtout aux garçons, en vue d'assurer leur orientation professionnelle.

3. A côté de cette connaissance « statique » de l'enfant délinquant, une importance beaucoup plus grande revient à *l'étude de son dynamisme,* à l'évolution de sa personnalité.

Cette étude n'est possible que par la confrontation d'une anamnèse rigoureuse avec l'interprétation que donne le mineur de sa propre vie et de ses délits ; elle nécessite donc une enquête sociale minutieuse, faite par des personnes possédant un entraînement professionnel, mais dirigées, en outre, par le psychiatre ; elle exige surtout que celui-ci s'impose une ou plusieurs longues conversations avec le mineur, conversations sans témoin, menées avec prudence, selon les idées directrices de la « psychologie en profondeur ». La relation écrite par l'enfant est bien inférieure au récit qu'il faite de son curriculum vitæ, enrichi de toutes les notations affectives (réticences, contact plus ou moins confiant avec le psychiatre, etc.) que l'on peut y déceler. Les auteurs anglo-saxons et néerlandais attachent, à juste titre, semble-t-il, une importance exceptionnelle à cette partie de l'examen, qui n'a pas grand'chose de commun avec la psychiatrie classique, mais qui est cependant une tâche essentiellement psychiatrique (**118**). Ailleurs, peut-être à cause de son caractère absorbant, cette technique est moins en honneur.

Dans des cas exceptionnels, la méthode psychanalytique sera utile ; Heuyer y a parfois recours.

4. *Que peut ajouter à ces données l'observation proprement dite* (**42, 43, 61, 101, 104**) ?

Elle permet une connaissance plus fructueuse du comportement des tendances, des réactions affectives de l'enfant. L'étude caractériologique est presque irréalisable en consultation externe.

La maison d'observation suppose la collaboration de psychologues-pédagogues et de psychiatres. Le profane ne saurait bien observer, faute de normes, de points de repère ; au surplus, le maniement des enfants suppose un acquis, un savoir-faire pédagogique, mais d'autre part des connaissances en psychologie pathologique sont indispensables.

Le personnel doit prendre une attitude d'observation, attitude parfois difficile à obtenir d'un éducateur parce que opposée à celle de l'enseignement ; il doit rester rigoureusement objectif, mais il ne peut se borner à enregistrer ce qu'il voit, d'une manière toute passive ; l'art de l'observateur, c'est de créer des situations nouvelles, de susciter des réactions chez les observandi. Celles-ci s'extériorisent plus volontiers, on le sait dans les travaux libres (bricolage), les délassements, jeux et sports.

L'accord est unanime aussi sur ce point que l'observation suppose le régime de vie commune ; là où on impose encore une période d'isolement préalable de quelques jours, elle se restreint de plus en plus, et en général, elle prend fin après la première visite médicale.

5. *Quels doivent être les rôles respectifs de la consultation médico-pédagogique externe et du poste d'observation ?*

Cette question fit l'objet de discussions parfois fort vives dans certains milieux pédagogiques (**151**) ; elle ne comporte pas de réponse exclusive. A côté de certaines indications diagnostiques primordiales de la mise en observation (enfants particulièrement difficiles à débrouiller, présentant des complexes affectifs, ou réticents pendant la consultation médico-psychologique, suspects de crises nerveuses, etc.), il en est d'autres, indirectes, mais dont il faut tenir compte (milieu familial mauvais, dont le mineur doit être éloigné d'urgence, absence ou refus de collaboration par les parents aux investigations médico-psychologiques, etc.).

A notre connaissance, c'est en Italie seulement que l'examen médico-psychologique des mineurs se fait toujours sous le régime de l'internat.

6 Les auteurs hollandais ont insisté sur l'intérêt d'employer *comme foyers d'observation des familles* auxquelles quelques enfants, en tout petit nombre, pourraient être confiés dans des conditions en somme moins artificielles.

La grosse difficulté est de trouver ces familles douées du sens psychologique et de l'objectivité requis ; quand on

songe combien il est difficile de trouver de bons foyers familiaux pour y confier les mineurs à rééduquer, l'on ne s'étonnera pas que le « foyer d'observation », qui postule un ensemble de qualités très supérieures, reste chose exceptionnelle.

7. *Comment faut-il concevoir l'avis rédigé par le service médico-pédagogique ?*

a) On trouve des formules très diverses, depuis les longs et circonstanciés rapports des Instituts d'observation jusqu'aux formules brèves, parfois schématiques, réduites à une proposition de traitement.

Il semble bien cependant que le magistrat des enfants doive être à même de se faire sa conviction personnelle s'il le désire: il faut surtout que les personnes ou Institutions qui auront la charge ultérieure de rééducation puissent trouver des documents complets sur le mineur, et se dispenser de reprendre toutes ces investigations.

b) Plus épineux est l'autre problème : Quelle proposition fera le service médico-psychologique ? Celle qui est théoriquement la meilleure, même si elle s'avère pratiquement peu réalisable (placement hétéro-familial par exemple) ? ou bien celle qu'il juge tout au plus passable, mais qui aura le mérite d'être exécutable.

Cette question a pris un regain d'actualité en Amérique par la publication de l'enquête des Glueck, portant sur l'avenir de 1.000 jeunes délinquants examinés à la Judge Baker Foundation de 1917 à 1922. (Au cours des cinq années consécutives au traitement, 88,2 % récidivèrent). Plus de la moitié des recommandations faites par la clinique ne furent pas exécutées du tout. Il n'y eut que 195 enfants pour lesquels toutes les prescriptions suggérées furent appliquées.

Cette situation amena une orientation nouvelle dans l'activité de la J.B.F. ; jadis elle recevait presque tous les enfants délinquants aux fins de diagnostic ; elle ne s'intéresse plus aujourd'hui qu'aux enfants dont les conditions sociales sont modifiables et à ceux qui présentent des conflits psychologiques intimes ; elle assume aussi le traitement (1).

L'évolution du plus grand service médico-psychologique pour enfants délinquants comporte une leçon. Il ne suffit pas d'un bon service de diagnostic ; il faut que les rouages d'exé-

---

(1) D'après une lettre personnelle de M. Healy.

cution (délégués à la liberté surveillée, patronages, etc.) soient en état d'appliquer les mesures prononcées ; il faut aussi que la clinique psychologique ne se confine pas dans son rôle de dépistage mais collabore au traitement des mineurs.

8. Il n'est guère facile de décrire les *courants dominants* de la psychiatrie infantile, *qui dirigent les recherches* des observateurs en matière de délinquance des mineurs.

Les cliniciens français restent en général fidèles à l'analyse des constitutions psychopathiques, telle qu'elle fut tracée par Dupré. Les auteurs allemands s'inspirent en général des classifications de Schneider et Kahn.

L'école anthropologique italienne, avec di Tullio (**120**), isole des mineurs délinquants le groupe des « pseudo-anormaux » (selon De Sanctis), c'est-à-dire ceux dont la mauvaise hygiène et le mauvais milieu familial ont tellement influencé l'état de santé qu'on ne peut séparer chez eux rééducation et traitement médical ; parmi les autres, dont la personnalité propre est le facteur prépondérant, elle distingue ceux où le sujet est plus un anormal psychique qu'un délinquant, du nombre plus important de mineurs qui sont surtout des anormaux du caractère, marqués d'une hypoesthésie affective et morale, pour lesquels elle réserve le nom de « constitution délinquentielle ».

Même au pays de Pende et de Viola, il semble que les schémas endocrinologiques n'aient pas influencé la description des types d'enfants délinquants.

Le thème des corrélations morphologiques-psychologiques (Kretschmer) qui inspira de si nombreuses recherches chez les délinquants adultes, n'a suscité que peu de travaux en criminologie infantile. Citons (d'après Schiff) (**107**) ceux de Partridge, ceux de Korganoff, qui, chez 304 délinquants infantiles, a constaté la prédominance des types asthéniques et dysplasiques.

LES TRAITEMENTS

LA LIBERTÉ SURVEILLÉE

La bonne organisation de la liberté surveillée est la clé de voûte de tous les régimes législatifs sur l'enfant délinquant. C'est la mesure la plus fréquemment prononcée ; c'est d'elle que dépend l'avenir social de ces mineurs et si les résultats

des lois sont aussi lamentables que des enquêtes retentissantes l'ont révélé, c'est qu'elle n'est encore trop souvent qu'une activité de pure façade, sans aucune profondeur.

Formation et qualités psychologiques du délégué

La pratique amène malheureusement une division du travail : l'enquête préliminaire confiée à un rapporteur, techniquement formé et rétribué, la tutelle ultérieure confiée à une autre personne, trop souvent munie de sa seule bonne volonté. Si, encore, elle prenait toujours la peine de consulter les documents réunis dans le dossier du mineur, et les suggestions rééducatives qui s'en dégagent ! Combien ici encore une *formation* d'auxiliaire sociale serait indispensable!

Tout aussi indispensables sont certaines *qualités psychologiques* sur lesquelles Myriam van Waters (**121**) a finement insisté. Le délégué doit éviter autant d'afficher une indulgence trop condescendante qu'un autoritarisme rigoureux, ne céder ni à l'emballement, ni à un sentiment de défiance, jouir soi-même d'un parfait équilibre psychique, n'être en proie à aucun complexe mal élucidé qui retentisse sur son attitude vis-à-vis du pupille.

Dispensaire médico-psychologique et liberté surveillée

Enfin, le délégué à la protection de l'enfance doit savoir solliciter et surtout appliquer les avis *d'une consultation médico-psychologique.*

Ouvert à toutes les initiatives de cet ordre, M. Wets, juge des enfants de Bruxelles, a organisé avec le professeur Vermeylen, fondateur des consultations pour enfants au dispensaire d'hygiène mentale de Bruxelles, une consultation destinée aux enfants de justice placés en liberté surveillée. Sont astreints à s'y présenter tous les mineurs que le service de dépistage a signalés comme pouvant bénéficier d'une tutelle psychiatrique, soit du chef d'une insuffisance mentale, soit en raison d'anomalies caractériologiques nettement marquées. Cette prescription figure dans les conditions mises à l'octroi de la liberté surveillée (**126, 132**).

La présence du délégué du juge à cette consultation est indispensable. Elle permet au psychiatre de familiariser ce collaborateur avec les conceptions qui lui sont chères, et aussi s'enquérir de la manière dont ses conseils ont été appliqués dans le milieu familial. La tâche est parfois épineuse, car les

suggestions théoriquement optimales ne peuvent pas toujours être réalisées, mais, nous le savons d'expérience personnelle, elle est des plus attachantes, et souvent l'on a la conviction d'avoir fait œuvre réellement utile. Cette organisation mérite vraiment de retenir l'attention des psychiatres.

Les foyers de Semi-liberté

Le foyer de semi-liberté est une étape intermédiaire entre l'établissement fermé et la simple liberté surveillée.

Dans les grands centres, elle est particulièrement opportune, parce qu'il est difficile d'y réaliser le placement hétéro-familial, comme on peut l'organiser chez des artisans à la campagne. Au surplus, la formation professionnelle de ces enfants rend nécessaire la fréquentation d'écoles techniques situées dans les grandes agglomérations.

D'autre part, parmi les mineurs qui échouent au tribunal des enfants, il en est un certain nombre qui sont surtout des enfants malheureux ; moralement abandonnés, exposés à la dépravation dans les familles dévoyées, ou dépourvues de tout soutien familial. Ils n'ont pas encore contracté de vraies habitudes délictueuses ou antisociales. Leur contact avec des adolescents délinquants est injustifié et d'ailleurs dangereux. De tels sujets pourront être envoyés directement du service d'observation dans le home de semi-liberté, où ils trouveront, tandis qu'ils exercent ou apprennent un métier en ville, un accueil affable et une tutelle familiale.

Par ailleurs, si le séjour en internat, l'habitude d'une vie réglée, disciplinée, parfois même « automatisée », est un régime indispensable au début pour beaucoup de mineurs, l'on devra ensuite les réadapter progressivement à la vie libre. Le home de semi-liberté répond à cette seconde indication.

Aussi en voit-on la pratique se généraliser aujourd'hui (« Huizen met beperkte vrijheid » des Pays-Bas, maisons auxiliaires en Angleterre, « Casas de perseverancia », en Espagne).

Deux types assez différents s'en trouvent réalisés en Belgique : le premier, c'est le home situé dans un centre urbain, dirigé par un ménage le plus souvent, qui lui donne une ambiance familiale ; l'autre, c'est le pavillon rattaché à un établissement fermé (Moll, Bruges, Ste-Marguerite à Anvers), qui maintient les mineurs au contact de ceux qui les ont guidés dans leur redressement, tout en leur assurant une

atmosphère nettement différente, en leur octroyant une liberté réelle, un confort nouveau.

Une solution plus hardie encore est réalisée avec succès à l'établissement de St-Servais près Namur ; les mineures les mieux amendées du pavillon « de confiance » vont travailler en ville ; elles regagnent leur pavillon pour prendre le repas de midi ; pendant la soirée, elles y partagent la vie de leurs compagnes, pour qui cette perspective constitue un puissant stimulant. Cette pratique ne donnerait pas lieu aux inconvénients que l'on pouvait *à priori* redouter.

Le placement hétéro-familial

C'est l'une des meilleures formes de traitement de la délinquance infantile et ses succès dans les cas fort graves ne se comptent pas. Encore faut-il qu'il soit bien préparé et non appliqué au hasard.

Healy ,et ses collaborateurs, dans un ouvrage très documenté (**50**), ont exposé, avec beaucoup de sagacité, les nécessités d'une organisation éclairée du placement et les conditions psychologiques nécessaires à sa réussite (1). Mlle Veth a consigné, dans son rapport récent, des notations très justes à ce propos (**133**).

La transplantation d'un enfant dans un milieu nouveau suscite en effet des attitudes et des réactions fort variables chez lui, comme chez ses parents ou ses frères adoptifs. Il faut, par un choix judicieux, prévoir leur ajustement réciproque.

La bonne volonté des parents adoptifs n'est pas une garantie de succès, et, pour des enfants difficiles, une certaine expérience antérieure leur est nécessaire.

Une tradition se créerait ainsi peu à peu. Elle semble exister dans quelques pays ; elle n'est pas plus irréalisable que celle qui a assuré l'adaptation des familles de nourriciers au traitement des malades mentaux.

---

(1) Cette remarquable étude embrasse tous les cas de délinquance ou de « personality dificulties » observés au cours de huit années à la Judge Baker Foundation et soumis au traitement hétéro-familial.

Sur un groupe de 339 enfants placés par des œuvres privées dans des conditions presque optimales, on constate que la proportion de succès s'élève à 90 0/0, quand il s'agit de sujets normaux ; elle tombe à 45 0/0 s'il s'agit de sujets présentant des anomalies sérieuses du caractère (le nombre des débiles mentaux dans cette statistique est trop petit pour qu'on puisse attacher de la valeur au pourcentage élevé de succes qu'ils ont réservé).

Les maisons privées de rééducation

Ce sont, tantôt des « patronages de résidence », tantôt des établissements préexistants, qui, pour la plupart, s'inspirent d'un idéal religieux, et souvent restent fidèles à des directives de relèvement moral consignées dans une règle et une tradition séculaires. Beaucoup de ces maisons privées ont été fortement décriées (62). Sans doute, n'échappent-elles pas à l'emprise de la routine. Mais il appartient au service d'inspection de l'Etat de donner des directives pédagogiques, et les faire prévaloir ; il lui incombe de susciter parmi les œuvres une salutaire émulation et de rayer de listes autorisées celles qui se montreraient rétives. En Belgique, cette tactique a donné les meilleurs résultats. Il est juste d'ajouter que les juges des enfants choisissant eux-mêmes leurs placements et y contrôlant leurs pupilles, disposent d'une influence très grande dans ces institutions.

Les Instituts de l'Etat pour enfants délinquants

Les établissements destinés à la rééducation des enfants délinquants doivent s'inspirer de directives différentes de celles des prisons pour adultes, et adopter des méthodes différentes. Il ne peut suffire de rebaptiser d'anciens quartiers de prisons cellulaires d'un vocable au goût du jour, d'appeler le surveillant moniteur, de lui supprimer le port de l'uniforme, sans modifier son esprit.

Remarquons d'ailleurs que le placement en internat est, de l'avis unanime des psychologues, la moins bonne solution, qu'il s'agisse d'enfants normaux, d'enfants abandonnés, ou de jeunes délinquants. Il ne sera donc pas prescrit automatiquement, mais comme un pis-aller.

La partie à jouer est grosse ; les enfants confiés aux Institutions de l'Etat sont les : « plus mauvais cas », les plus endurcis, les moins accessibles aux influences moralisatrices.

La tâche difficile de ces établissements requiert certaines conditions.

La première d'entre elles est la *sériation des enfants* en groupes suffisamment homogènes (1). Elle peut et doit se baser sur les enquêtes faites antérieurement au jugement et qui devront être intégralement communiquées.

---

(1) Le règlement français prévoit l'application systématique des tests.

D'autre part, il y a lieu de mener de front l'instruction des jeunes délinquants, leur apprentissage professionnel et leur rééducation ; seul un personnel qualifié peut l'entreprendre ; il est indispensable que ce *personnel tout entier ait la formation* première que seule peut assurer l'*école normale* (1).

Mais il ne suffit pas d'avoir des instituteurs ; il les faut meilleurs que dans les écoles ordinaires, puisqu'il s'agit de réparer l'effet d'erreurs ou de lacunes dans l'éducation des mineurs.

L'on doit attendre de ces éducateurs d'élite un grand dévouement, mais cela même ne suffit pas encore, une *connaissance sérieuse des questions d'hygiène mentale infantile* leur est indispensable.

La finesse psychologique de l'éducateur se manifestera surtout dans la tactique à suivre en matière d'infractions disciplinaires. Chercher à pénétrer le mécanisme de celles-ci ! Eviter les punitions sévères pour des infractions futiles ; ne pas acculer l'élève à une habitude d'indiscipline, délibérée ou subconsciente ; faire appel à l'esprit de groupe, de clan, l'exploiter pour des buts utiles ou du moins indifférents (organisation des jeux), de crainte qu'il ne se manifeste que sous l'esprit de « fronde ».

L'acquisition chez les enfants délinquants d'habitudes nouvelles ne s'impose pas par autorité seule ; elle postule une certaine ambiance. Elle ne peut non plus se borner à l'acceptation passive des routines de l'établissement. Ce sont les particularités, les inclinations propres à chaque enfant qui doivent être modifiées.

Pareille tâche individualisatrice s'apparente de très près, s'identifie presque avec l'action psychothérapeutique que le psychiatre déploie chaque jour. Disons franchement que le psychiatre a *un très grand rôle à remplir* dans un Institut pour jeunes délinquants (**65**, **157**).

Le psychiatre ne doit pas être celui qu'on y appelle, dans un cas extrême, pour prescrire un transfert à l'asile ; pas

(1) Un ouvrage récent, consacré à la colonie d'Eysses (**34**), qu'il décrit d'une manière sympathique, insiste longuement sur la question du personnel, à Eysses, les instituteurs semblent se borner à quelques heures de cours et n'ont, en dehors de ces prestations, aucun contact avec les jeunes gens. Une bonne partie de leur temps est absorbée par des tâches administratives (écritures). Enfin, à ce titre ne correspond pas toujours une formation d'école normale.

Quant aux moniteurs auxquels l'enfant est confié, ils ne sont astreints à aucune autre épreuve qu'un examen d'aptitude physique.

davantage non plus, celui qui, au cours d'une inspection (1) plus ou moins fréquente, fut-ce une visite mensuelle, voit défiler devant lui les cas d'indiscipline tenace, ceux du moins que le directeur juge bon de lui montrer lorsqu'il a épuisé déjà toute la gamme des sanctions. L'on ne doit pas attendre du psychiatre un avis définitif, après un examen sommaire de quelques minutes, sur le moyen d'empêcher le retour d'incidents disciplinaires dont il ignore la genèse, ne connaissant ni la personnalité de l'enfant ni celle de l'éducateur ; il n'est pas le magicien de qui on puisse réclamer la « pilule » qui doit calmer définitivement les accès de colère du jeune délinquant. En fait, le psychiatre doit participer activement à la vie quotidienne de l'établissement, en connaître au fur et à mesure les menus incidents, revoir souvent les mineurs et exercer sur eux une action personnelle.

La sériation des élèves, la détermination précise de type de besogne à laquelle on les initiera, l'application des sanctions éventuelles ne se feront pas sans que son avis ait été sollicité. Une fonction essentielle du psychiatre sera aussi de parfaire la formation psychologique du personnel administratif et éducatif.

Accomplir entièrement cette mission n'est point chose aisée si le psychiatre s'insinue, comme un coin, dans l'organisation préexistante et les traditions pédagogiques ou disciplinaires d'une Institution. Aussi, conçoit-on fort bien que, dans ce pays qui est au premier plan de l'assistance à l'enfant délinquant, le Portugal, il ait été stipulé par les règlements que le médecin est directeur ou sous-directeur dans les Institutions pour enfants délinquants. C'est incontestablement le meilleur moyen d'assurer son autorité et de lui permettre de faire prévaloir ses vues.

Ajoutons toutefois que la nécessité de redresser des enfants et de guider les éducateurs de carrière oblige le psychiatre à compléter sa propre formation. La pratique de l'assistance asilaire ou sociale ne suffit plus ici ; seule l'étude de la psychologie et de la pédagogie des enfants normaux, telle que la lui offre le programme des écoles universitaires de pédagogie, lui permettra d'exercer sa tâche d'une manière pleinement efficace.

On nous permettra d'insister sur une question moins psy-

---

(1) Le règlement français prévoit une inspection psychiatrique trimestrielle.

chiatrique, *la nécessité,* dans les établissements de jeunes délinquants, *d'une inspection bien organisée,* ferme et éclairée, imposant ses directives.

En Belgique, les institutions tant publiques que privées sont soumises à une inspection minutieuse ; ce service était dirigé par un inspecteur général, qui fut le premier juge des enfants, et qu'il comportait à côté d'un inspecteur administratif un inspecteur pédagogue de carrière, un inspecteur médecin psychiatre (c'était notre éminent confrère Decroly), une inspectrice de l'enseignement professionnel et ménager.

On sait combien le service d'inspection anglais est développé, et avec quelle minutie il contrôle les écoles approuvées, tant privées que publiques. L'inspecteur principal de ces écoles est un médecin ; à son service sont attachés deux inspecteurs-médecins, dont une femme.

Si nous passons en revue les Institutions existantes, force nous est de constater qu'elles s'éloignent trop de cet idéal pourtant nécessaire que nous avons esquissé (**164**).

Les Institutions des *Etat-Unis* ont fait, au cours des dernières années, l'objet des plus âpres critiques des enquêteurs indépendants ; elles semblent bien fondées. L'organisation de services psychiatriques, notamment, y est toute récente et limitée à quelques très rares initiatives.

Certaines Institutions des *Pays-Bas* ont un excellent service psychiatrique, qui participe à la vie quotidienne de l'établissement.

En *Belgique,* il n'y a pas de psychiatre attaché aux Institutions d'éducation. Rappelons que l'un des inspecteurs était psychiatre.

En France, le service psychiatrique de l'établissement d'Eysses peut être cité en exemple. Le psychiatre (Dr Ducoudray) y fait de fréquentes visites, connaît vraiment les mineurs et guide le personnel dans sa tâche éducative et disciplinaire.

Nous croyons intéressant de signaler ici, à titre documentaire, comment les établissements d'éducation de l'Etat belge comprennent et appliquent leur mission.

Le principe dominant est la séparation des élèves en sections,

C'est ainsi que l'établissement de Saint-Hubert, qui a une population de 180 enfants, en comporte huit.

Une première répartition divise les mineurs en trois groupes, basés, non sur l'âge, mais sur leur âge physiologique, fixé d'après l'avis du médecin : groupe des enfants, des adolescents (pubères), des jeunes gens (post-pubères).

L'instituteur diplômé, chef de groupe, exerce une véritable direction avec ses initiatives et ses responsabilités. Il est le seul à connaître les antécédents de ses élèves ; il forme et conserve le dossier de chacun d'eux, il correspond avec les juges et les parents pour tout ce qui concerne l'éducation des élèves de sa section. Il récompense et admoneste dans certaines limites, il propose la répartition de ses élèves entre les sections. Il y a trois sections par groupe (épreuve, récompense, honneur) ; elles correspondent au degré d'amendement des sujets : (les « amendables simples », les « amendables affirmés », les « améliorés »).

Chaque section a ses locaux entièrement distincts : salle de famille, réfectoire, salle d'étude, préau, dortoir. La section est sous la tutelle immédiate d'un chef de station qui est, lui aussi, un instituteur diplômé ; cet instituteur ne se borne pas à faire ses heures de classe ; il organise toute l'existence de sa section et y participe réellement ; il est assisté par deux éducateurs ; ces derniers (qui ne portent pas d'uniforme), collaborateurs sans compétence technique, mais expérimentés, assument la surveillance du groupe dans ses allées et venues et veillent aux besognes matérielles ; ils ne sont pas interchangeables et restent attachés tout le temps à la même section.

Les plus anciens instituteurs ont fait un stage de 6 mois à l'établissement d'observation de Moll ; chaque mois, le personnel de chaque maison se réunit en conférence. Des quinzaines pédagogiques ont été organisées au début pour parfaire sa formation, ainsi que des réunions d'étude de deux jours, tenues à tour de rôle dans chaque institution, dont les traditions étaient étudiées, puis discutées.

Les enfants de moins de 14 ans ont classe pendant la journée ; tous les soirs, ils vont aux ateliers, et passent à tour de rôle à la forge, à la menuiserie, à la cordonnerie, à l'atelier de tailleur ; chaque contremaître formule ensuite un avis sur leurs aptitudes, et cet « essai » constitue un excellent recoupement des directives d'orientation professionnelle formulées à la maison d'observation.

Les ateliers sont ceux du fer, du bois, de l'électricité, des tailleurs, des cordonniers ; il y a aussi une section de jardinage. Les ateliers bien outillés sont dirigés par des contremaîtres diplômés d'une école technique ; ils sont recrutés au concours ; pour chaque branche, l'un d'eux doit pouvoir donner le cours de technologie et de dessin ; afin de maintenir l'émulation parmi les élèves, chaque

atelier est partagé en plusieurs catégories, chacune d'elles a son lauréat, qui reçoit un prix en espèces mis à son livret d'épargne, ou en bons de cantine.

Plusieurs établissements d'éducation de l'Etat belge sont bâtis sur le type des pavillons séparés. C'est ainsi que l'établissement pour mineures, situé à Saint-Servais-les-Namur, se compose de sept coquets pavillons, dispersés dans un site charmant, sans autre enceinte qu'un treillis.

Chaque pavillon comporte une classe-atelier, une salle de famille, une cuisine, une laverie-repasserie, et des chambrettes personnelles à chaque élèves (l'isolement nocturne paraissant souhaitable). Il a sa vie autonome, ses traditions propres et son degré de confort particulier, correspondant au niveau d'amendement des élèves : il est sous la responsabilité d'une religieuse, institutrice diplômée. qui assume la direction des mineures et leur donne l'enseignement ; elle est assistée de 3 autres religieuses, ce qui porte le personnel à 4 unités pour les 20 enfants du groupe. Les élèves sont réparties en équipes et font, à tour de rôle, la cuisine, la lessive, pour leur pavillon. On voit dès lors comment une action rééducatrice individuelle et vraiment profonde est rendue possible.

Les quartiers ou services spéciaux pour malades

1) Pour les maladies générales

Il existe dans les Institutions de divers pays des pavillons spéciaux réservés aux mineurs délinquants atteints de maladies ou d'infirmités (en France, Bellevue pour les tuberculeux pulmonaires ; Belle-Isle pour les cas de tuberculose chirurgicale ; en Belgique, Ruysselede). Cette organisation est rendue nécessaire parce que certains de ces mineurs sont indésirables dans des hôpitaux ou sanatoria ordinaires, en raison des particularités de leur caractère. Toutefois, comme leur nombre est peu important, il n'est guère possible de réaliser pour eux un régime éducatif complet ni un enseignement professionnel bien outillé.

2) Les établissements pour vénériens

En France, les garçons syphilitiques sont placés au quartier spécial d'Eysses.

Ce groupement facilite évidemment leur traitement médical, mais il entraîne d'autres inconvénients graves : comment organiser pour 20 à 25 jeunes gens seulement, d'âges divers, tout un régime particulier et notamment les divers ateliers :

en fait, un seul atelier de tailleur est mis à leur disposition ; d'autre part, le régime disciplinaire se ressent du voisinage des sections correctionnaires. On peut se demander si, pour les garçons, cette séparation des vénériens est bien opportune.

Les mineures atteintes d'affections vénériennes doivent disposer d'un traitement plus complexe, si l'on veut qu'il soit efficace. Parmi les établissements d'éducation de l'Etat Belge, l'un d'eux, celui de Bruges, leur est réservé.

Le traitement médical y est fort actif : signalons particulièrement l'organisation des soins anti-blennorragiques, confiés à un médecin qui est un physiothérapeute de talent : à côté de médications classiques (gonacrine, etc.), une importante installation de diathermie et d'infrarouges permet de traiter simultanément plusieurs mineures ; l'on ne s'étonnera donc pas du nombre des guérisons confirmées par des examens microscopiques répétés.

Les Institutions pour jeunes délinquants anormaux

Lorsqu'on parcourt les réponses faites par les divers Etats au questionnaire adressé à ce sujet par la Société des Nations, on est frappé de leur disparate, et l'on en garde l'impression que, en aucun pays, cette question n'a reçu de solution adéquate. Il ne s'agit point ici de ces arriérations mentales ou éducatives légères, dont la plupart des enfants de justice sont atteints, mais des débilités mentales caractérisées. Il faut éviter surtout que des cas de ce genre soient confiés à des patronages fermés, où, mêlés à d'autres mineurs, ils ne trouveront jamais l'éducation spécialisée qui leur est nécessaire. D'autre part, il peut être dangereux pour la moralité des enfants anormaux, non délinquants, de placer parmi eux certains types tout au moins de débiles délinquants, des immoraux par exemple ; enfin, dans certains pays, l'admission dans un internat médico-pédagogique ne s'obtient que difficilement, faute de places disponibles ou en raison des formalités d'admission.

Aussi a-t-on vu beaucoup de pays proposer la construction d'internats médico-pédagogiques d'Etat pour mineurs anormaux délinquants ; mais ces projets n'ont encore connu que de rares réalisations.

La question a fait l'objet de divers rapports au Congrès international de la Protection de l'Enfance en 1921 (lire notamment ceux de Decroly, de Rouvroy).

LA PROPHYLAXIE

Prophylaxie médicale

Le facteur médical ne joue un rôle déterminant que dans un nombre restreint de cas de délinquance infantile, et son action est souvent indirecte ; il faut recommander les règles d'hygiène générale et la prophylaxie anti-infectieuse des maladies à séquelles antisociales : encéphalite léthargique, fièvre typhoïde, méningite, parfois aussi certains maladies éruptives.

L'extension de la lutte contre les fléaux sociaux (prophylaxie individuelle et sociale de la syphilis, de la tuberculose, de l'alcoolisme ; protection de la femme enceinte et en couches, etc.) aura son retentissement sur la fréquence de la délinquance infantile, en réduisant les cas d'hérédité indirecte, dégénérative (blastotoxies) comme en modifiant heureusement les milieux familiaux où ces mêmes enfants, déjà tarés peut-être, devront évoluer.

Abstraction faite de toute considération d'ordre moral, la question d'une prophylaxie à réaliser par des méthodes d'eugénique négative (stérilisation) ne se pose pas : la délinquance infantile est en effet d'une étiologie trop complexe pour qu'on puisse espérer la combattre en agissant sur le seul facteur dégénératif ; au surplus, dégénérescence n'implique pas délinquance. Quant à l'hérédité spécifique de la délinquance, en tant qu'activité exclusivement antisociale, elle est inexistante ou du moins très exceptionnelle.

Prophylaxie morale et religieuse

L'acquisition de règles de vie correctes, la connaissance précise des devoirs et des droits réciproques de l'individu et de la Société, sont un élément essentiel de l'enseignement moral et religieux. Il ne peut s'y borner, mais doit susciter chez l'adolescent le culte d'un idéal moral et social vers lequel tendent toute sa personnalité et toute son activité.

La religion ajoute à ces considérations des motifs plus puissants, propres à soutenir l'effort moral dans les circonstances difficiles, motifs liés aux relations entre l'être humain et Dieu.

Enfin, le croyant trouve, dans l'action directe de la grâce divine sur la personnalité, une aide qui lui facilite l'application quotidienne de son idéal moral et la victoire sur la tentation.

Pour que ces facteurs moraux et spirituels aient sur l'enfant ou l'adolescent une emprise réelle, il ne suffit pas qu'ils aient fait l'objet d'un enseignement occasionnel ; ils doivent s'être incorporés à sa vie de chaque jour. A cet égard, il y aurait beaucoup à faire. Les groupements pour jeunes gens qui se réclament d'un idéal moral ou confessionnel, le scoutisme et les œuvres analogues, n'ont pas toute l'efficacité qu'ils pourraient et devraient avoir. L'on est étonné du nombre restreint d'enfants en danger moral ou d'enfants difficiles qu'ils touchent réellement ; quant à l'adolescent qui a commis un délit, il en est trop souvent exclu.

Prophylaxie familiale

L'ambiance familiale doit correspondre aux tendances affectives de l'enfant. Il doit se sentir désiré et accepté au foyer ; cet accueil lui donne un sentiment de confiance, de sécurité. Mais le développement de sa personnalité l'amène à rechercher des expériences nouvelles, des modes d'expression de soi, à s'émanciper peu à peu jusqu'à atteindre l'étape de la pleine indépendance. Correspondre à cette tendance et la guider est une tâche infiniment plus délicate que la première. Or, souvent, l'idéal du groupement familial, imprégné des traditions qui ont fait son succès et soucieux de les stabiliser, ne donne plus satisfaction à l'enfant. Ce sont surtout les auteurs américains qui ont insisté sur de tels risques de conflits psychiques ; en ces régions, en effet, où l'évolution familiale et économique, notamment celle des immigrés, progresse si rapidement, ils peuvent prendre une acuité particulière.

Une saine hygiène mentale de la vie de famille est donc un facteur prophylactique de primordiale valeur. Tout ce qui contribuera à développer chez les parents le souci, le désir de remplir au mieux leur tâche éducative, aura son retentissement sur la conduite sociale ou antisociale de l'enfant : citons les cours pour parents, les ligues d'éducation familiale, les œuvres diverses qui permettent l'accès au foyer d'une visiteuse d'hygiène mentale, l'aide demandée spontanément aux « child guidance clinics » et aux dispensaires d'hygiène mentale. Il existe, dans les grandes villes des Pays-Bas, des services spécialisés très importants, destinés uniquement aux enfants difficiles (consultatie bureau voor moeilijke kinderen).

Rappelons à cet égard les intéressants tracts d'éducation

familiale dès le premier âge, édités par les Ligues américaine, suisse, belge, d'Hygiène Mentale.

D'autre part, un minimum de confort familial est nécessaire à l'enfant pour qu'il se plaise chez lui, qu'il puisse s'y distraire sainement ; la politique de construction d'habitations à bon marché, la lutte contre les taudis sont un facteur fort efficace, indispensable dans l'action contre la criminalité juvénile.

Prophylaxie scolaire

C'est un truisme que le dépistage des anomalies intellectuelles et des irrégularités de la conduite peut et doit être réalisé à l'école. Nous ne pouvons insister ici sur le mécanisme de ces investigations systématiques. L'on voudra bien se reporter aux rapports du Congrès international pour la protection de l'enfance (Liége, 1930), où fut étudié « l'examen rationnel des écoliers » (**143**). Heuyer, dans sa thèse inaugurale (**53**) a insisté tout spécialement sur ce dépistage à l'école.

De longue date aussi, les criminologues savent que l'absentéisme scolaire répété est un indice fâcheux pour l'avenir social du sujet.

Rappelons à cet égard une enquête publiée en 1928 sur l'avenir de 251 adolescents qui furent placés dans l'école spéciale pour enfants vagabonds de New-York. Après 6 à 8 ans, l'on constata que 51 0/0 d'entre eux avaient eu maille à partir avec la police.

L'on s'explique sans peine la valeur de l'indice « inadaptation scolaire » : l'école représente en effet pour l'enfant le premier contact avec le dehors, la première manifestation de la vie sociale, avec ses conflits, ses inadaptations, ses humiliations difficilement évitables. C'est à l'école aussi que s'instaurent les habitudes, le comportement que l'enfant adoptera ultérieurement à l'égard de la société.

De là une double nécessité au point de vue prophylactique :

1) Il faut former l'éducateur à cette conception que l'école n'est pas seulement destinée à inculquer aux enfants une somme de connaissances nécessaires et la règle morale des aînés ; elle doit aussi former la personnalité, le caractère de l'enfant, l'aider, le guider dans les conflits psychologiques que cette évolution peut susciter, le préparer à la vie sociale.

L'école et la famille doivent collaborer plus étroitement.

L'instituteur-visiteur, tel qu'on le conçoit aux Etats-Unis, est l'agent de liaison rêvé à cette fin. Formé à la fois par l'expérience de l'enseignement et à la technique du service social, guidé par des principes d'hygiène mentale, il se consacre à l'étude et au traitement de l'enfant mal adapté à l'école, aussi bien dans son milieu familial, — prenant contact avec les parents et les proches, — qu'à l'école, où il atteint l'autorité scolaire et au besoin les œuvres sociales.

Avant de s'attacher à la solution d'un problème d'inadaptation, il faut en avoir pesé toutes les données et avoir tracé la voie à suivre. Ici intervient à nouveau *la clinique psychologique* (child guidance clinic, dispensaire d'hygiène mentale).

De plus en plus se fait jour la tendance à incorporer ce service dans l'ensemble de l'organisation scolaire.

Citons, à titre documentaire, des réalisations, comme celle du département de l'instruction publique de Genève ; en Belgique, un centre d'observation méthodique des écoliers a été organisé pour les écoles communales de Liége ; d'autre part, le Comité central des écoles libres catholiques de l'agglomération bruxelloise vient de créer, à l'usage de ses élèves, une « clinique psychologique ». Depuis longtemps, les écoles anglaises ont leur « psychologist », souvent médecin d'ailleurs.

2) Il est indispensable aussi d'organiser, à l'intention des enfants inadaptés à l'école primaire, un réseau d'institutions scolaires qui soient faites à leur mesure.

L'on s'est trop souvent borné à éloigner les débiles physiques qu'on plaçait dans des colonies, les aveugles ou sourds-muets qu'on adressait à des internats spécialisés.

D'autres infirmités, moins graves, constituent pour l'enfant un handicap vis-à-vis de ses condisciples, origine de réactions psychologiques fâcheuses et d'inadaptation scolaire.

Toutefoïs, le principal facteur d'inadaptation scolaire est incontestablement *la débilité mentale.*

Même dans les pays où elle est fortement développée, *l'organisation de l'enseignement spécial* reste très insuffisante et ne répond aucunement au nombre des enfants qui devraient en bénéficier.

C'est en général parce que l'organisation de ces classes ou écoles est laissée à l'initiative des autorités locales ou parfois départementales. Aussi longtemps qu'une loi n'en imposera pas la création en précisant les délais d'ouverture, les sanctions, la proportion des

classes spéciales, par rapport au nombre global des écoliers, il faut craindre que cette organisation nouvelle progresse peu (1).

L'enseignement spécial aux débiles mentaux doit se réaliser sous la double forme d'externat, dans les villes de quelque importance où l'on peut recruter la population d'une série de classes spéciales, et d'internats, destinés aux enfants des petites communes et à ceux dont le milieu familial défavorable impose l'éloignement. Il doit comporter un enseignement professionnel et ménager.

Pour des raisons psychologiques aisées à comprendre, il faut créer des internats médico-pédagogiques indépendants des asiles, et proscrire, des instituts destinés aux enfants partiellement ou totalement récupérables, les infirmes psychiques profonds, qui doivent être hébergés ailleurs.

La rééducation des *enfants ayant des troubles du caractère* est un problème beaucoup plus complexe. Il est peut-être sage de débarrasser la classe ordinaire de ses enfants difficiles, mais l'on ne peut se borner à cette action négative ; songeons au danger que représente pour la mentalité de l'enfant son estampillage comme « mauvais élément ». L'internat n'est point la solution idéale pour eux ; néanmoins, faudra-t-il se résigner à en organiser ?

La Belgique — reconnaissons-le — n'a pas encore d'institution de ce genre ; les Pays-Bas n'ont qu'un seul internat pour « enfants psychopathes », création d'une œuvre confessionnelle. En France, on n'en trouve pas davantage, croyons-nous. L'école départementale Théophile-Roussel, pourvue d'un psychiatre de talent, est un jalon intéressant de la route à suivre.

Le travail professionnel et la prophylaxie

Signalons en passant que des conditions économiques défavorables peuvent exercer, dans des familles de travailleurs, une influence criminogène indirecte, en constituant une entrave au développement physique de l'enfant et à son adaptation psychologique au monde extérieur.

L'interdiction du travail industriel aux mères de famille amènerait une réduction de la délinquance juvénile en permettant une meilleure surveillance des enfants au foyer, mais nous manquons de données objectives à cet égard.

---

(1) Voir les projets de Simon, Arsimoles, les propositions de loi Strauss, Queuille, publiés dans *L'Aliéniste Français,* en 1932.

Enfin, l'instabilité des conditions de travail, nécessitant de fréquents déplacements, et l'exercice de métiers saisonniers bouleversent aussi la permanence familiale nécessaire à l'enfant.

Ces divers aspects étiologiques ne pourraient être l'objet que d'une politique générale de l'organisation du travail.

Aussi nous attacherons-nous davantage aux mesures ayant une action plus immédiate.

Malgré le progrès des législations du travail, beaucoup d'enfants ou de très jeunes adolescents s'adonnent à des travaux pénibles ou néfastes, soit par périodes, dans les régions rurales, soit après les heures de scolarité. Il faudrait y mettre fin. Encore conviendrait-il que le chef de famille gagne un salaire familial suffisant.

Une réglementation serait nécessaire qui exclue les adolescents des métiers de rue (vendeurs de journaux, cireurs de bottes, etc.) ou autres, les exposant particulièrement (chasseurs d'hôtel). Pourquoi n'en pas réserver le monopole à certaines catégories d'adultes (infirmes, par exemple) ?

Quoi qu'il en soit, une organisation rationnelle de l'orientation professionnelle est indispensable. L'on pourrait espérer ainsi fixer les goûts d'un certain nombre d'enfants dont l'instabilité est renforcée par le manque d'intérêt ou de satisfaction dans le travail effectué, et qui sont une recrue toute marquée pour l'armée de la délinquance.

Le choix judicieux d'un métier comportant des perspectives de stabilité est tout aussi indispensable pour les inférieurs mentaux incapables de travail qualifié. Il faut, à tout prix, leur éviter les besognes qui s'effectuent à la rue et les exposent aux sollicitations des plus rusés ou des plus corrompus.

Prophylaxie sociale

L'enfant ou l'adolescent ne peut déployer dans le cadre de son milieu familial scolaire ou professionnel toutes les virtualités qu'il récèle. Il appartient aux autorités publiques d'aménager à l'intention des jeunes des possibilités de jeux, de détente, de groupements sains, et aussi de les protéger contre des délassements malsains et démoralisants.

L'influence néfaste des bandes de jeunes délinquants est trop connue pour qu'on ne voie pas dans une meilleure préparation des loisirs de l'enfant, l'une des tâches essentielles de prophylaxie de la délinquance juvénile.

Vis-à-vis des bandes existantes, la meilleure tactique semble être, non de les désorganiser, ou d'en détacher tel ou tel membre par une action personnelle, mais de s'y infiltrer et d'y faire naître des goûts et des enthousiasmes nouveaux : « Gangs must be reformed as gangs », disent les Américains.

Signalons aussi les grands services que pourrait rendre une *police de l'enfant,* spécialisée (**138**).

Elle existe dans certaines grandes villes des Pays-Bas (à Amsterdam, à La Haye, etc.) ; c'est « une institution à but social et pédagogique », qui protège l'enfance en collaboration avec les autres œuvres. Elle doit surtout centraliser tous les incidents, plaintes, etc., concernant les mineurs ou leurs familles. Ses inspecteurs et inspectrices doivent être diplômés d'une école de service social.

L'action sur *les entreprises privées, à but lucratif, qui organisent des distractions :* cinémas, dancings, librairies, est évidemment plus difficile.

Le Contrôle des Films Cinématographiques destinés aux enfants est prescrit par un grand nombre de législations. L'application de ce contrôle est évidemment chose délicate, et les vérifications nécessaires parfois impossibles.

Mentionnons encore la loi belge du 18 mai 1932, sur la protection morale de l'enfance, interdisant d'exposer au voisinage des écoles, des objets susceptibles de troubler l'enfant.

La protection des enfants en danger moral

Les enfants dont le milieu familial est désuni ou mauvais, étant plus exposés à tomber dans la délinquance, doivent être assurés d'une protection spéciale. Lorsque les parents ne peuvent assumer pleinement leur rôle éducatif, les pouvoirs publics ou du moins un organisme semi-officiel ont le devoir d'y suppléer.

A vrai dire, l'on se trouve en présence de situations très différentes d'un cas à l'autre. Le sort des *enfants dont les parents vivent séparés* (de fait, par décision judiciaire ou par divorce) peut justifier certaines mesures, mais on a bien vu, lors des discussions du Congrès International pour la Protection de l'Enfance, à Liége (**143**), qu'il est difficile de les préciser.

Dans quelques cantons suisses, le juge prend l'avis des organismes officiels de protection de l'enfance.

Dans diverses parties des Etats-Unis, ces questions ressortissent à des tribunaux spécialisés pour les relations familiales. La première de ces juridictions fonctionna en 1910 à Buffalo. En 1914, à Cincinnati, s'ouvrit le premier tribunal qui étendit sa juridiction à la fois sur les relations familiales et les affaires concernant les enfants. Des juridictions de l'un et de l'autre type sont assez répandus actuellement en Amérique.

La situation des *enfants illégitimes* appelle des mesures de protection plus impérieuses. Diverses modalités sont à envisager ; il ne paraît pas nécessaire d'ôter systématiquement la tutelle à la mère non mariée. Dans 6 pays, il existe actuellement un régime spécial de tutelle officielle applicable à l'enfant, en raison du seul fait que sa naissance est illégitime. La tutelle est tantôt collective, tantôt individuelle ; elle débute à la naissance, ou même avant. En Allemagne et en Autriche, le tuteur est un organisme public, comme l'office pour la protection de la jeunesse ; ailleurs, c'est un fonctionnaire ou une personne bénévole.

Parmi les enfants moralement abandonnés, les plus intéressants sont sans doute ceux qui ont été l'objet d'un attentat à la pudeur, et *ceux dont les parents sont déchus de la puissance paternelle*.

Comment assurer au mieux les garanties juridiques et la protection, qui sont nécessaires aux mineurs en danger moral ?

Nous nous trouvons ici en présence d'un double courant : l'un tend à faire, du *magistrat des enfants*, le juge et l'arbitre de toutes les questions qui intéressent l'enfant, à lui confier la décision en matière de correction paternelle, de déchéance, d'enfants orphelins, etc. En ces questions, sa compétence s'étend jusqu'à un âge plus élevé qu'en matière pénale, et la tendance est de la prolonger jusqu'à l'âge de la majorité civile. Dès lors, le magistrat des enfants devient surtout un juge civil, et son action en matière de délit passe vraiment à l'arrière-plan. Ce système assure aux enfants moralement abandonnés le bénéfice d'un magistrat spécialisé et du réseau de collaborateurs spécialisés du juge des enfants ; aux Pays-Bas, le juge des enfants a la faculté de recourir au placement de l'enfant en danger moral dans un service d'observation, comme on le fait pour les enfants délinquants. Lorsqu'il maintient l'enfant dévoyé dans son milieu familial, le juge des enfants prononce la « mise sous surveillance », c'est-à-dire que les parents sont obligés de se conformer pour l'éducation de l'enfant aux indications d'une personne désignée par le juge et

que la loi appelle « gezinsvoogd », tuteur de famille. Celui-ci fait rapport au juge, au moins chaque mois, de ses observations concernant l'enfant et son milieu.

L'autre tendance est celle de *la juridiction tutélaire,* plus souple, moins juridique, plus décentralisée. Lorsqu'elle existe, on voit les attributions du juge des enfants se réduire à l'extrême. C'est le pouvoir tutélaire qui prend les mesures désirables.

Faut-il rappeler ici qu'il n'y a point de différence essentielle entre mineur délinquant et mineur abandonné ?

Si nous envisageons, ensuite, les *œuvres auxiliaires chargées du dépistage et, ultérieurement, de la protection des enfants en danger moral,* deux régimes se présentent. Dans l'un, l'on s'en remet *exclusivement à l'initiative privée,* au dévouement des particuliers. Il faut rendre hommage à leurs réalisations, à celle, pour citer des exemples belges, de certains comités locaux de patronage aux enfants moralement abandonnés, de la Société Protectrice des Enfants Martyrs, avec ses foyers d'accueil, sa ferme-école, son école ménagère, etc.

Il faut craindre cependant que pareille action soit inégale et reste fragmentaire.

A l'extrême-opposé, la solution adoptée dans des pays à régime politique et social fortement centralisé. L'assistance aux enfants en danger moral n'est qu'une partie de la tâche plus vaste de protection médicale et sociale de toute l'enfance et l'adolescence, impartie à un *organisme national, officiel,* dont les sections locales, fortement organisées, s'adjoignent le concours des œuvres ou des personnes bénévoles.

La loi allemande de 1922 organise dans chaque ville et dans chaque canton rural un Office de la jeunesse, « *Jugendamt* ».

Il comprend 3/5e de fonctionnaires et 2/5e de particuliers représentant les associations de jeunesse. Cet office a notamment pour objet la « Jugendfürsorge » : protection des enfants remis à la garde des tiers, collaboration à la « *surveillance préventive* » et à l'éducation de prévoyance. Cette « *éducation protectrice* », qui est impartie aux frais de l'Etat, ne se donne pas nécessairement dans une institution, mais aussi dans des familles (50 0/0 des cas).

La loi italienne de 1925 sur *l'œuvre nationale pour la protection de la maternité et de l'enfance,* prescrit que, dans chaque commune, il existe un Comité de patronage ; en font de droit partie : l'officier sanitaire de la commune, l'institu-

teur, un magistrat et un prêtre. Ils sont responsables de la protection physique et morale des enfants et des adolescents.

Au Danemark, la loi du 20 mai 1933 complète des dispositions antérieures et confie à la même autorité administrative les services de protection et d'assistance de l'enfant. Tous les Conseils municipaux doivent nommer un sous-comité, « *Comité de Protection de l'Enfance* », comportant au moins trois membres. Il s'adjoint des personnes bénévoles qui doivent rester en minorité. Ce Comité possède des pouvoirs étendus avec les moyens de les faire exercer (placement préventif, par exemple, des mineurs de moins de 18 ans en danger moral). Ses décisions participent de l'autorité de la justice ; dans certains cas, un juge doit être présent pour diriger les débats.

CONCLUSION

Malgré de méritoires efforts, l'assistance aux enfants délinquants est loin d'avoir atteint son organisation idéale et la prophylaxie de la criminalité son maximum d'efficacité. Sans doute, les controverses ne sont pas épuisées sur la part respective des facteurs biologiques et des contingences familiales et sociales, ni sur les limites que l'on peut raisonnablement assigner à l'action rééducative. Il faut, à cet égard, accumuler des documents rigoureux qui reproduisent une image complète et précise de la délinquance infantile.

L'examen médical et psychologique du mineur est un élément essentiel de cette documentation. A côté de son intérêt scientifique, il est la base même de la collaboration du psychiatre à l'œuvre rééducative ; mais le médecin ne peut s'y borner ; il doit assumer et revendiquer sa part dans le traitement ultérieur de l'enfant délinquant. Il l'exercera dans l'internat, où il guidera le redressement des cas graves, comme au dispensaire, où lui seront présentés régulièrement, par leurs délégués, les mineurs chez qui il surveillera l'exécution des directives prescrites.

Le rôle du psychiatre dans l'action prophylactique est au moins aussi important : examen et dépistage des enfants tarés, traitement précoce de ceux qui révèlent à l'école ou en famille des anomalies, graves ou bénignes, susceptibles de troubler leur évolution psychologique et leur adaptation sociale.

Manier des « enfants-problèmes » n'est point faire de la

psychiatrie classique ; la formation que donne l'asile n'y suffit point ; des connaissances étendues de psychologie et de pédagogie sont indispensables ; la collaboration de visiteuses sociales est nécessaire, tant lors des investigations préalables qu'au cours de l'action rééducative, mais, insistons-y, il appartient au psychiatre de former et de diriger ces auxiliaires. De plus en plus, la psychiatrie est devenue une activité sociale.

Dans quel cadre s'exercera cette action? Tout naturellement des consultations externes se sont créées en annexe aux services d'observation pour mineurs délinquants (consultation de neuro-psychiatrie infantile de Heuyer, consultation de médico-pédagogie rééducative de di Tullio, etc.). Mais de tels services ne peuvent suffire à la tâche : les cliniques psychologiques doivent être plus nombreuses ; elles constituent une des initiatives les plus fructueuses du dispensaire d'hygiène mentale, ce centre par excellence de la psychiatrie sociale.

Il importe surtout qu'une coordination parfaite et cordiale des diverses collaborations, indispensables, faut-il le dire, s'opère sous l'égide du psychiatre, plus qualifié que tout autre pour cette tâche. Ne pouvons-nous pas être garants qu'il y apportera, non seulement la science et la méthode, mais aussi le culte des valeurs morales et le dévouement social ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Aguirre (E.). — El factor cinematografico en la dilicuencia infantil. *Bol. de Crim. Pérou,* 1929.
2. Julio Altmann Smythe. — El problema del menor en estado de peligro. *Revista de Crimin.*, Buenos-Ayres, 1934.
3. Anderson. — Les cliniques psychologiques pour l'enfance aux Etats-Unis et l'œuvre du Dr Healy. *Delachaux*, Paris, 1929.
4. Aumann (R.). — The Juvenile Court movement in Ohio. *Journ. of Crimin. Law and Crim.*, nov. 1931.
5. Beley. — L'enfant délinquant. *Thèse Paris,*
6. Bierens de Haan. — Misdadige kinderen. *Von Loghum,* Arnhem, 1932.
7. Bierens de Haan. — De opleiding van den, gevaarloopende kinderen opvoedenden, Ambtenaar. *Congrès Hygiène mentale néerlandais,* 1935.
8. Bierens de Haan. — Het reddingswerk der toekomst. *Van Loghum,* Arnhem, 1935.
9. Bronner. — *Follow up studies of mental defectives.*
10. Bronner. — A research on the proportion of mental defectives among juvenile delinquents. *Journ. of crim. law and Crim.*
11. Paul-Boncour. — Recherche de l'anormalité chez les mineurs délinquants. *Revue anthropologique,* 1921.
12. Paul-Boncour. — Les causes de la criminalité juvénile parisienne. *Progrès Médical,* août 1934.
13. Burt. — *The Young Delinquent.*
14. Carp. — Het misdadig kind in psychologisch opzicht. Amsterdam ; *Scheltema,* 1932.
15. de Casabianca. — Les nouveaux tribunaux pour mineurs en Italie. *Bull. Soc. française de Législ. comparée,* 1934.
16. Casselberry. — Analysis and predictions of delinquences. *Journ. of juvenile research,* janv. 1932.
17. Mlle Chaptal. — *Enquête sur l'enfance en danger moral.* Genève, 1934.
18. Clarence Cheney. — Functions of psychiatry in a training school for juvenile delinquents. *Social Welfare,* 1934.
19. Bertie Cohen. — Patronaat en gezinsvoogdy. *Congrès Néerl. Hyg. Mentale,* 1935.
20. Collard. — Le cinématographe et la criminalité infantile. *Revue de Droit Pénal,* 1919.
21. decroly. — Hérédité et milieu. *Revue de service social.*
22. Decroly et Renault. — L'enfance malheureuse, Bruxelles. *Office de Publicité,* 1921.
23. de Lannoy. — L'application de la loi du 15 mai 1912 sur la protection de l'enfance, de 1920 à 1932. *Revue de Droit Pénal,* juillet 1933.
24. de Lannoy. — *Idem ;* documentation de 1920 à 1933 ; *même revue,* déc. 1934.
25. Dellaert (René). — Oorzaken der misdadigheid by de jeugd. *De Sikkel,* Anvers, 1934.

26. de Avenaza. — Réadaptation sociale du mineur délinquant. *Revista crim.*, Buenos-Ayres, 1931.
27. de Avenaza. — Menores abandonados y delinquentes ; legislacion en Europa y America, Buenos-Ayres, 1931.
28. d'Oliveira. — La législation protectrice de l'enfance au Portugal. *Revue. Intern. de l'Enfance*, févr. 1931.
29. Donnedieu de Vabres. — Il regime penale et penitenziaro dei minorenni nel diretto francese. *Rivista di diretto penitenziaro*, 1935.
30. Drouet et Hamel. — Recherches sur les causes pathologiques de la délinquance infantile. *Congrès de Barcelone*.
31. Faivre (Louis). — Les jeunes vagabondes prostituées en prison. Paris, *Lefrançois*, 1931.
32. Fauville (A.) — Etude scientifique des enfants délinquants. Cours professé à l'Université de Louvain, édité, *4, rue Louis-Nelsens, Louvain*.
33. Fauville. — Eléments de psychologie individuelle ; *même éditeur*.
34. Favre (Henry). — La maison d'éducation surveillée d'Eysses. Toulouse, 1933.
35. Feber. — Beschouwingen over crimineele psychologie. Amsterdam, 1934.
36. Fuchs-Kamp, Adelheid. — Lebenschicksal und Personlichkeit ehemaliger Fursorgesöglinge. *Berlin. Springer*, 1929.
37. Gain (Raymonde). — Le tribunal pour enfants de la Seine. Son rôle moral et social. *Dossiers de l'action populaire*, mai 1934.
38. Morris Gihmore Caldwell. — The économical status of families of delinquents. *Journ. of Sociol.*, 1931-32.
39. Sheldon Glueck and Eleanor Glueck. — 500 criminal careers. *Knopf*, New-York, 1930.
40. Sheldon Glueck and Eleanor Glueck. — One thousand juvenile delinquents, their treatment by court and clinic. Cambridge, 1934, Haward Law School survey of crime in Boston, I.
41. Adalbert Gregor. — Psychologie ruckfalliger Fürsorgezoglinge. *Zeits. fur Kinderf*, 1930.
42. Grewel. — Doel en methoden der observatie van moelyke kinderen. *Maanblad voor berechtig. en reclas*, 1933.
43. Grewel. — De observatieinrichting beschouvd van psychologisch-psychiatrisch standpunt. *Congrès Néerl. Hyg. Ment.*, 1935.
44. Grühle (Hans). — Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kruminalität, Berlin, 1912.
45. Hallu (Colette). — L'avenir professionnel des enfants anormaux et délinquants, Paris, 1934.
46. Fowler Vincent Harper and James M. Reinhardt. — Four relationship status of a group of delinquent boys. *Journ. of Crim. law*, nov. 1930.
47. Hartshorne and May. — Studies in the nature of character, New-York, 1928 et 1930.
48. Healy. — The individual delinquent. *Little Brown and C°*, Boston, 1915-1922.
49. Healy and Bronner. — Delinquents and criminals their making and unmaking. *Macmillan*, New-York, 1928.

50. Healy, Bronner, etc. — Reconstructing Behavior in youth. *Knopf*, New-York, 1931.

51. Healy. — Prevention of delinquency. *Journ. of Crim. Law.*, may 1933.

52. Healy. — Crime and the individual. *Proc. assoc. for research in nerv. and ment. disease*, déc. 1933.

53. Heuyer. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles, Paris, *Steinheil*, 1914.

54. Heuyer et Badonnel. — Nécessité de l'examen médical pour tous les enfants délinquants.

55. Heuyer, Roudinesco et Néron. — Examen médico-psychologique des enfants délinquants avant le passage devant le tribunal des mineurs de Paris. *Revue Intern. de l'Enfant*, oct. 1930.

56. Heuyer, Serin, Morinson, Baille. — L'orientation professionnelle des jeunes délinquants. *Hyg. Ment.*, févr. 1932.

57. Heuyer. — Examen médico-psychologique des mineurs délinquants dans le département de la Seine. *Revue Médico-Soc. de l'Enfance*, 1933.

58. Heuyer, Courthial, Dublineau, Néron. — Tests de caractère. *Ann. Médico-Psychol.*, 1934.

59. Hoffmann. — Les mineurs et le cinéma. *Revue Intern. du Cinéma Educateur*, 1930.

60. Mulock Houwer. — De Beteekenis van het deskundig ondezoek in kinderzaken. *Maanblad voor ber. en reclas.*

61. Mulock Houwer. — De observatie inrichting van uit pedagogisch psychologisch standpunt. *Congr. Néerl. d'Hyg. Ment.*, 1935.

62. Huguenin (Elisabeth). — Les tribunaux pour enfants. *Delachaux et Nestlé*, 1935.

63. Jacquillard. — Le cinéma et l'enfance criminelle. *Revue Intern. de l'Enfance*, 1930.

64. Joerger. — La famille Zéro. *Archives anthrop. crimin.*, Lyon, 1908.

65. Eric Kent Klarke. — Report of psychiatric clinic. of the state agricultural and industrial school, *Industry*, New-York.

66. Kramer. — Die Ursachen der Schwersterzierbarkeit beurteilt von psychopathologisch und charactériologischen Standpunkt.

67. Kipp, Hildegard. — Die Unehelichkeit. Ihre psychologische Situation und Problematik. *Z. fur angew. Psych.*, 1933.

68. Laurent. — La criminalité infantile. *Maloine*, 1906.

69. Lange. — Verbrechen als Schicksal, Leipzig, 1929.

70. Legrain. — Mission du personnel (des établissements d'éducation de l'Etat), « diffuseur de joie, semeur d'énergie », *Hoogstraten*, 1933.

71. Legras. — Psychose en criminaliteit by tweelingen. Utrecht, 1932.

72. Le Mesureur (E.). — Boys in trouble.

73. Martin (Etienne) et Mouret. — Les enfants en justice. *Imprimerie de Trévoux* (Ain).

74. Martin (Etienne) et Mouret. — Le sauvetage de l'enfance et de l'adolescence en danger physique et moral, Lyon, 1934.

75. Martin (Etienne) et Mouret. — Délinquance juvénile et prophylaxie de la criminalité. *Annales de Médecine Légale*, janv. 1934.

76. Mac Clure (W. E.). — Intelligence of 600 juvenile delinquents. *Journ. of Juv. Res.*, 1933.

77. Maus. — L'office belge de la protection de l'enfance. *Revue de Droit Pénal*, janv. 1927.

78. Mazel. — Les enfants à réactions antisociales. *Médecine et Education*, Lavandier, Lyon, 1934.

79. Mitchell, Miller (Alice). — Children and the movies, Chicago, 1929.

80. Moordie (William). — The Child Guidance Clinic and the Juvenile Court. *Tribunal*, I, 1932.

81. Monnin. — L'office d'orientation professionnelle du service social de l'enfance en danger moral. *Bulletin Inst. Nat. Orient. Profess.*, nov. 1933.

82. Mulle (Mme). — Prophylaxie de la délinquance à l'école. *Rapport*, à la Ligue Belge de prophylaxie criminelle, 1935.

83. Néron (Guy). — L'enfant vagabond. *Thèse Paris.*

84. Nisot. — L'enfance délinquante et moralement abandonnée. 2 vol., Bruxelles.

85. Overwater. — De kinderrechter. *Congr. d'Hyg. Ment. Néerl.*, 1935.

86. Chloe Owings. — Le tribunal pour enfants, Paris, 1923.

87. Perl. — Die Ursachen der Schwersterzierbarkeit beurteilt von psychopathologischen und characteriologischen standpunkt. *Zeitsch. fur kinderfursorge*, 1930.

88. Pierson. — Kinderpolitie. *Congr. Néerl. Hyg. Ment.*, 1935.

89. Pompe. — De onmaatschappelijkheid der jeugd in het kader der huidige maatchappij. *Congr. Néert. d'Hyg. Ment.*, 1935.

90. Postma. — De oorzaken van antisociaal gedrag by kinderen, liggende in de samenstelling van het gezin. *Ned. Ver. voor psychische Hyg.*, mai 1931.

91. Postma. — Diverses publications sur la délinquance infantile.

92. Racine (Aimée). — Deux méthodes modernes de prévention de la délinquance juvénile. Les cliniques psychologiques et les institutrices visiteuses aux Etats-Unis. *Le Service Social*, 1931.

93. Racine (Aimée). — L'évolution des idées aux Etats-Unis en matière de délinquance juvénile. *Revue de l'Institut de Sociologie*, janv. 1931.

94. Racine (Aimée). — Les conditions économiques de la famille comme facteur de la délinquance juvénile. *Revue de l'Inst. de Soc.*, juillet 1932.

95. Racine (Aimée). — *Les enfants traduits en justice ;* étude d'après 300 dossiers du tribunal pour enfants de l'arrondissement de Bruxelles. *Thone*, Liége 1935.

96. James (M.), Reinhardt and Fowler Vincent Harper. — Social and ethical judgments of two groups of boys delinquents and non delinquents. *Journ. of Crim. Law*, 1930.

97. Roubinovitch, Paul-Boncour, Heuyer, Bonis, Grimbert, Serin. — Sur le service d'examen médico-psychologique des mineurs délinquants du département de la Seine. *Annales de Médecine légale*, déc. 1928.

98. Roubinovitch. — L'organisation nouvelle du service médico-psychologique pour les mineurs de la prison de Fresnes. *Annales de Médecine légale*, mars 1931.
99. Roubinovitch. — La criminologie juvénile et la déficience mentale infantile. *Presse Médicale*, 1934.
100. Ruggles (Edward). — An analytical study of various factors relating to juvenile crime. *Journ. of Juv. res.*, 1932.
101. Rouvroy. — L'observation pédagogique des enfants de justice, Bruxelles, *Lebègue*.
102. Rouvroy. — L'établissement central d'observation (notice).
103. Rouvroy. — Le cinéma public et l'enfance. *Revue Int. de l'Enf.*, 1928.
104. Rouvroy. — La clinique psychologique de la protection de l'enfance. *Revue Belge de Pédagogie* (articles à la suite, 1933-1934-1935).
105. Rouvroy. — Eléments pédagogiques de la psychiatrie.
106. Rouvroy. — Divers articles et conférences.
107. Schiff. — Les anormaux devant la réforme du code pénal. *Evolution Psychiatrique*, 1934.
108. Schwartz (Louis). — Treatment of juvenile delinquency. *Journ. of Crim. Law*, sept. 1932.
109. Schwartz (Louis). — Aims of a clinic for juvenile research. *Journ. of Crim. Law*, 1931.
110. Schroeder (Paul). — Annual reports of the criminologist (departement of public welfare, state of Illinois).
111. Clifford Shaw and Mac Kay (Henry). — Social factor in juvenile delinquency, 1931 (report from the causes of crime, t. II).
112. Shechan and Hulbert. — The psychiatrist and the juvenile court. *Journ. of. Crim. Law*, 1934.
113. Shimberg (Mary) and Israelite (Judith). — A study of recidivists and first offenders of average and defective intelligence. *American Journ. of Orthopsychiatry*, avril 1933.
114. Seelig, Ernst. — Anlage, Persönlichkeit und Umwelt bei jugendlichen Schwerverbrechern Osterreichs. *Mitteilungen der Kriminal-biologische Gesellschaft*, Band IV, Graz 1933.
115. Serin et Montlaur. — Le rôle des femmes médecins dans les Sociétés de Patronage. *Bull. des Soc. de Patron.*, 1934.
116. Siguard Dalhstróm. — Is the young criminal a continuation of the neglected child. *Journ. of deliquency*, 1928.
117. Slawson. — The delinquent boy. Boston, *Badger*, 1926.
118. Tibout. — Het Medisch-opvoedkundig Bureau en zijne beteekenis voor de observatie. *Congr. Néerl. d'Hyg. Ment.*, 1935.
119. Toebes. — De ambtenaar voor de kinderwetten. *Congr. Néerl. d'Hyg. Ment.*, 1935.
120. Di Tullio. — Per la rieducazione dei menorenni che delinquono, 1933.
121. Myram van Waters. — Youth in conflict, London, 1926.
122. Ruth von der Leyen. — Darstellung einer Verbrecherfamilie. *Zeitsch. für kinderforschung*, 1930.
123. Hans von Hentig. — Die biologische Grundlagen der Jugendkriminaliteit. *Mon. für Krim.*, 1928.

124. Vermeylen. — L'examen mental des délinquants. *Revue de Droit Pénal,* 1922.
125. Vermeylen. — L'examen psychographique de l'intelligence, Bruxelles (*Lamertin.*).
126. Vermeylen. — Les conditions de l'expertise mentale et de l'assistance médicale aux enfants délinquants en Belgique. *Congr. de Barcelone.*
127. Vermeylen et Audet. — Développement intellectuel et milieu. *Journ. Belge de Neurologie et de Psychiatrie,* mars 1935.
128. Vernon Jones. — Childrens Morals, in *Handbook of Child Psychology,* by Murchison.
129. Vervaeck (Louis). — La question de l'anormalité dans l'assistance aux enfants moralement abandonnés. *Rapport au Congr. Intern. pour la protection de l'enfance,* juil. 1913.
130. Vervaeck (Louis). — Cours d'anthropologie criminelle.
131. Vervaeck (Louis). — Le crime et la peine. Paris, 1934.
132. Vervaeck (Paul). — La tutelle psychiatrique des pupilles du Juge des Enfants. *Congr. d'Hyg. Ment. d'Anvers,* 1934.
133. Veth (Henriette). — Gezins verpleging. *Congr. Néerl. d'Hyg. Ment.,*
134. Visser. — Het internaat en de nazorg. *Congr. Néerl. d'Hyg. Ment.,*
135. Wets (Paul). — L'enfant de justice. Quinze années d'application de la loi sur la protection de l'enfance, Bruxelles, 1928.
136. Wets (Paul). — L'observation de l'enfant de justice. *Revue de Droit Pénal,* 1930.
137. Wets (Paul). — Le sort de l'enfant moralement abandonné en Belgique. *Bull. Int. de la Protect. de l'Enf.,* 1932.
138. Wets (Paul). — Une police de l'enfance. *Bull. de la Fédér. des Femmes Cath. Belges,* 1932.
139. Wets (Paul). — Divers articles et rapports de congrès.
140. Wemmer (Cl.). — Ursachen und Formen der Asozialität früherer Hilfsschüler. *Zeitsch. für Kinderforschung,* 1932.

PUBLICATION D'ENSEMBLE SUR LES ENFANTS DELINQUANTS

141. Actes du Congrès de l'Enfance, *Paris,* 1913.
142. Actes du Congr. Intern. pour la Protect. de l'Enfance, *Bruxelles,* 1921.
143. *Idem,* Liége, 1930.
144. *Idem, Lisbonne,* 1931.
145. Actes du Congrès pénal et pénitentiaire international, *Prague,* 1930.
146. *Idem, Berlin,* 1935.
147. Actes du Congrès de Patronage, *Paris,* 1933.
148. Actes du Congrès provincial d'Hygiène Mentale, *Anvers,* 1934 : « De geestes-hygiene en de misdadigheid. »
149. Actes du Congrès Néerlandais d'Hygiène Mentale, *Amsterdam,* 1935 : « Geestelijke hygiene en jeugd bescherming. »
150. Actes du Congrès Néerlandais d'Hygiène Mentale, *Amsterdam,* 1933 : « Het ommaatschappelijk kind », publié dans *Psychiatrische en Neurologische Bladen,* 1933.

151. *Mededeelingen van den Nederlandschen bond tot kinderbescherming,* n° 24-26-27. Studie commissie in zake observatie huizen ; de observatie van jeugdige personen.
152. Sachverstandigen konferenzen des Deutschen Vereins zur Fursorge für jugendliche Psychopathen und der Vereinigung für Jugend-Gerichte und Jugendgerichtshilfen. Dresden, 1930, d'après le *Zeichrichft für kinderforschung,* 1930.
153. La protection de l'enfance en Belgique. (*Conférences à l'usage des délégués à la protection de l'enfance*).
154. « The delinquent Child », *Report on the committee,* IV, C. 2, *The white House, Conference on child Health and Protection,* New-York, 1932, The Century.
155. The child, the clinic, and the court, New-York, 1923.
156. *Le service social,* Imprimerie Vromans, Bruxelles ; numéro spécial consacré à la protection de l'enfance, sept.-oct. 1934.
157. *Social Welfare Bulletin,* New-York ; numéro spécial, mai-juin 1934.
158. *Research bulletin of the national education association ;* numéro spécial, sept. 1932 : « Crime prevention through education », mise au point extrêmement documentée contenant une bibliographie étendue.
159. *Rivista di Diretto Penitenziaro ;* numéro spécial, 1934, consacré à la loi italienne sur les tribunaux pour enfants, avec textes et commentaires de la loi.
160. *Archivio di Anthropologia Criminale ;* numéro spécial, nov.- déc. 1934 ; commentaire juridique et médico-légal de la loi sur le tribunal des mineurs.
161. Revue « *Journal of Juvenile Research* », consacrée en bonne partie à la délinquance infantile.
162. *Société des Nations : document,* 1931, C.P.E., 238. Les services auxiliaires des tribunaux pour enfants.
163. *Société des Nations : document,* 1932. Les tribunaux pour enfants.
164. *Société des Nations : document,* C.M. 1934, IV. Institutions pour enfants dévoyés et délinquants.

DISCUSSION DU RAPPORT DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

Dr Georges d'Heucqueville (de Bailleul). — Si l'on dégage des conclusions des deux remarquables rapports, consacrés à la criminalité de l'enfance, une aspiration commune, elle se traduit par ce programme : *faire bénéficier d'une direction médicale la plus forte proportion possible d'enfants délinquants.*

En France, ce programme reste à réaliser pour la plus forte part. Or, dans l'ensemble des réformes et des réalisations proposées, le rapporteur, à mon sens, n'a pas placé assez en exergue les plus urgentes. celles qu'il faut entreprendre de toute nécessité, même dans notre période de restriction aiguë.

Je voudrais appeler l'attention du Congrès sur la catégorie des *instables,* catégorie la plus nombreuse d'enfants délinquants anormaux. Le rapport de M. Heuyer mentionne les instables sans plus de développements que les petits cyclothymiques, les petits paranoïaques, les anciens encéphalitiques, que l'on rencontre bien moins souvent en pratique.

Les instables ne figurent pas sur la statistique citée de la clinique de neuro-psychiatrie infantile de Paris : ils forment sans doute la majorité des caractériels de la statistique, débiles et non débiles (*64 %* des sujets observés, *85 %* des sujets anormaux). D'autre part, si j'ai bien compris la terminologie de Burt, exposée par M. Vervaecke, il ressort de sa statistique que le taux des instables parmi les jeunes délinquants londoniens atteindrait *68 %*.

Selon une statistique personnelle, fondée sur des expertises mentales d'enfants délinquants du Nord de la France, on rencontrerait parmi eux *75 %* d'instables. De sorte qu'en rapprochant cette proportion de la proportion d'anormaux parmi les jeunes délinquants, selon Roubinovitch (*75 %*), on peut énoncer cette formule facile à retenir : *les 3/4 des enfants délinquants sont anormaux, et les 3/4 des enfants délinquants sont instables.*

⁂

On peut certes discuter sur les limites nosographiques de l'instabilité, et même sur la légitimité de ce cadre nosographique. Pour ma part, je le conserverai comme infiniment commode en pratique, très homogène des points de vue étiologique, clinique, scolaire, professionnel et médico-légal.

L'instable est d'ordinaire fils d'alcoolique, souvent aussi de syphilitique. Le plus souvent, il appartient à une famille nombreuse mais tarée, décimée par la mortalité infantile. Les convulsions de l'enfance se retrouvent dans 90 % des cas, l'énurésie dans 40 %, les dystrophies des dents et des oreilles dans 35 %. Anomalies fréquentes des pupilles, des réflexes, du tonus, éréthisme cardiaque, etc... Renseignements d'ordinaire déplorables des instituteurs : école buissonnière, brutalités aux récréations, turbulence et inattention en classe, connaissances acquises très superficielles.

Dès l'âge scolaire, l'enfant instable se trouve à l'étroit au domicile paternel : il court tout le jour au loin, entreprend des voyages d'exploration dans la banlieue de sa ville natale, se lie bientôt avec des voyous notoires, se livre avec eux à de menus vols (vols de portefeuilles, de sacs de dames, vols à l'étalage), dans lesquels il assume en règle le rôle actif. Onanisme précoce. Corrections paternelles véhémentes : nombre de parents, affligés d'un enfant instable, en viennent à le séquestrer dans leur cave pour éviter les conséquences de ses méfaits.

Plus tard, l'instable élargit son horizon et le cadre de sa délinquance. Il ne conserve aucun emploi, qu'il lasse ou qu'il se lasse. A cette période, les fugues se prolongent plusieurs jours. Certains sont ramenés chaque fois par la maréchaussée, ramassés en état de vagabondage, spécialement près des gares, des ports, des bureaux de recrutements, car la plupart songent à s'engager dans la marine ou l'armée coloniale. D'autres rentrent spontanément, ayant vécu, la nuit de petits cambriolages, le jour de grivèlerie. Plus rarement, l'expédition a donné lieu à des coups et blessures, des incendies volontaires, du vagabondage spécial et des attentats aux mœurs.



Le magistrat qui instruit ces délits d'instables recherche maintenant, en règle, l'avis médical, et pose habituellement la question : « *Quelle mesure recommander, du point de vue médical, au sujet du jeune prévenu ?* » Et le médecin éprouve

chaque fois un embarras cruel, car il ne peut offrir, dans l'état actuel des institutions françaises, aucune solution satisfaisante.

Parmi les solutions à rejeter d'emblée figurent celles qui consisteraient à rendre l'instable à sa *famille,* ou à lui conseiller de contracter un *engagement,* qui le conduirait bientôt devant le Conseil de guerre pour indiscipline ou désertion. L'expérience montre, d'autre part, que la *colonie pénitentiaire,* où l'on enverrait l'instable parce qu'on le juge intimidable, ne remplit guère vis-à-vis de lui ce rôle d'intimidation, mais que le sujet en sort d'ordinaire perverti.

Les *Patronages,* qui placent leurs pupilles dans des ménages de cultivateurs, obtiennent des résultats plus encourageants : mais quand l'instable a faussé compagnie aux délégués, il faut trouver une autre solution. L'*école de réforme* répond bien au but poursuivi, mais, en pratique, elle met l'instable en contact avec trop de vrais pervers.

Quant à l'*école de perfectionnement,* voire l'*internat de perfectionnement,* elle ne saurait offrir aucun secours à l'instable : d'abord parce qu'ils ne reçoivent les sujets que de 7 à 14 ans, et les remettent en circulation au seuil de la puberté ; en second lieu parce qu'en pratique aucun maître, même spécialisé, ne supportera la turbulence d'une classe d'instables ; enfin et surtout parce que le traitement médical s'efface entièrement, dans les établissements sous le régime de la loi de 1909, devant les exigences de l'enseignement. J'estime donc que c'est démentir radicalement nos prémisses, proclamant le primat du médecin dans la direction de l'enfance délinquante anormale, que de dire (ce qu'on lit partout depuis quelques années), que la généralisation de la loi de 1909 diminuera la criminalité infantile: c'est impossible pour les instables, qui forment la majorité.

Là n'est donc pas la réforme urgente. La réforme urgente consiste à *organiser des centres vraiment médicaux,* où les instables recevront, aussi jeunes que possible, les traitements étiologiques et symptômatiques convenables, une éducation physique en harmonie avec leurs troubles moteurs, une formation professionnelle poursuivie aussi tard que possible, 18 et 20 ans. L'enseignement passe au second plan pour ces sujets, essentiellement réfractaires au régime des classes, qui demeureront, malgré tous les efforts, inférieurs dans ce domaine. De même la formation professionnelle ne doit pas

être ambitieuse : pourquoi enseigner des métiers urbains dans lesquels l'instable sera toujours éliminé par la concurrence ? Les travaux des champs, l'horticulture, les métiers rudimentaires du bois et du fer, comme le préconise M. Paul-Boncour, voilà ce qu'ils peuvent acquérir, voilà ce qui peut leur permettra de vivre par la suite.

Il existe déjà, en France, de rares établissements de cette formule : je participe à l'organisation d'un nouveau vaste centre (*la Villetertre,* Oise), pour 800 garçons, construit sur les indications d'un Comité médical, présidé par le Professeur Laignel-Lavastine, auquel M. Heuyer veut bien prêter le secours inestimable de son autorité et de son expérience. C'est dans cette voie, je crois, qu'il faut s'engager tout d'abord, pour remédier à la criminalité infantile la plus courante et la moins secourue, la criminalité des instables.

Dr Groeneveld (d'Amsterdam). — L'intéressant rapport du Docteur Heuyer a attiré spécialement mon attention sur une expression dont il a fait usage page 309 de son rapport en disant : « Il est exceptionnel de rencontrer des meurtriers de moins de 13 ans. »

Dans la phrase qui suit, il se rapproche déjà d'une terminologie qui me semble être plus juste en employant le mot « meurtre ».

Il dit notamment : « Par contre, les meurtres accomplis entre 16 et 20 ans sont plus nombreux que ceux qui sont accomplis entre 30 et 40 ans. »

Quelle est la raison pour laquelle j'accorde la préférence absolue au mot *meurtre* au lieu de meurtrier ? Parce que le mot meurtrier est d'ordre statique, alors que le mot meurtre — d'ordre dynamique — laisse le champ ouvert à toute une gamme d'interprétations. Et c'est précisément ce champ ouvert plein de possibilités qui a démontré sa valeur productive en matière psychothérapeutique, notamment la psychanalyse. En employant le mot « meurtrier » on classifie prématurément ce qui pourrait trop préciser et par conséquent influencer le traitement psychique du psychiatre et du personnel profane.

Dans cet ordre d'idées, je me rappelle une leçon psychanalytique que j'ai reçue au cours de ma visite à une maison de détention américaine, de la part du Directeur. Lorsque je m'étonnai qu'un condamné à la chaise électrique était occupé à raser à l'aide d'un rasoir un co-détenu, le Directeur attirait

mon attention sur le fait que ce condamne à mort qui avait assassiné dans un but — néanmoins — banalement lucratif, ne devrait être soupçonné de tuer un de ses co-détenus. En résumé, ce condamné à mort n'était à juste titre pas considéré par le directeur comme un meurtrier, mais comme un homme qui avait commis un meurtre dans une situation concrète.

Voilà une critique de terminologie qui me paraît en rapport avec l'attitude du Dr Heuyer envers la psychanalyse (voyez page 325). La psychanalyse s'intéresse à l'acte commis, à la situation, mais ne classifie pas la personnalité.

Le rapporteur ne met pas en lumière ces psychismes psychanalytiques qui donnent à chaque psychiatre s'occupant journellement de cas infantiles difficiles, des hypothèses de travail fructueux et des résultats incontestables.

On pourrait se demander pour quelles raisons un enfant qui allume un incendie est dirigé par la vanité, tandis qu'un incendie similaire est poussé par un sentiment d'insatisfaction, etc.

On se rendra compte que derrière ces interprétations dont le Dr Heuyer nous a enrichis se cachent encore des psychismes fondamentaux, dont la psychanalyse en toute modestie a contribué largement.

Le Dr Heuyer nous a décrit avec toute son autorité en matière de psychiatrie infantile les différents actes de délinquance et de criminalité ; mes quelques remarques psychologiques n'ont eu pour but que de mettre en lumière le travail substantiel et intéressant que le Dr Heuyer nous a donné, soit qu'il s'adresse aux psychiatres cliniciens, aux psychologues ou aux psychanalystes.

Pr. Fribourg-Blanc (de Paris). — Je tiens à apporter mes bien chaleureuses félicitations à MM. Heuyer et Paul Vervaeck pour leurs très beaux rapports. Cette importante question de la délinquance infantile a fait l'objet, depuis le début de mes études médicales, de mes principales préoccupations. Au Congrès de l'enfance coupable présidé à Grenoble en 1910, par Henri Rollet, mon maître le Professeur Etienne Martin me chargeait de communiquer une note relative aux jeunes délinquants épileptisants. A la prison St-Paul, à Lyon, où M. E. Martin avait organisé une école de rééducation pour les enfants délinquants, j'observais avec lui tous les jeunes anormaux au sujet desquels j'ai pu faire ma thèse sur « L'Enfance coupable » en 1912. Depuis, je les ai retrouvés, ces jeunes

délinquants, au Service de Neuro-psychiatrie du Val-de-Grâce où je les observe depuis 15 ans, car le soldat n'est qu'un grand enfant. La délinquance du soldat est toute pareille dans son mécanisme à celle de l'adolescent.

Je suis tout-à-fait d'accord avec les rapporteurs sur l'étude clinique de la délinquance infantile et en particulier avec M. Heuyer sur la distinction entre pervers et pervertis qui correspond à une réalité pratique et sur les réactions spéciales des épileptisants. Les groupements de délinquants que signale M. Paul Vervaeck sont, en effet, très fréquents, surtout dans les grandes villes. Mais c'est sur le côté pratique de la question que je voudrais insister, car si les études cliniques sur l'enfance délinquante ont été poussées très loin et ne laissent plus rien à désirer, il n'en est pas de même des moyens pratiques destinés à guérir les sujets ou à éviter leurs récidives. M. Paul Vervaeck nous a indiqué ce qui a été fait à cet égard en Belgique. Là encore, nos amis belges nous donnent le bon exemple. En France, il reste encore beaucoup à faire dans le domaine de l'organisation sociale pour la rééducation des anormaux déliquants. Quand nous renvoyons de l'armée ces sujets indésirables, ils retombent avec tous leurs défauts dans le milieu civil qui doit prendre à leur égard des mesures indispensables. Le principal effort du médecin doit à l'avenir être dirigé vers ce but.

D[r] Maurice Dide (de Toulouse). — Un expert près les Tribunaux qui a exercé sa mission à Rennes, à Auxerre, dans la région toulousaine et dont l'action médico-légale s'est étendue à Limoges, à Bordeaux, à Lyon et à Marseille, croit avoir le droit, après 35 ans de pratique et des milliers d'expertises civiles et militaires, d'envisager le problème de la délinquance infantile d'un point de vue personnel.

Il évitera le jeu qui consiste à noter, chez les Rapporteurs, des omissions inévitables, des divergences d'opinion qui sont à l'honneur de tout esprit indépendant, pour présenter une doctrine de la criminalité infantile.

Suivant qu'on est plus attiré par des concepts intellectualistes ou affectifs, on attache aux critères de chacune de ces qualités mentales une importance prépondérante.

Sera-t-il permis de rappeler que les tests de l'activité furent trop négligés dans l'étalonnage analytique des enfants antisociaux ? J'ai montré, avec ma collaboratrice Mathilde

Guilhem, que les anomalies, dans l'aptitude à représenter graphiquement des mouvements, peuvent fournir de précieuses indications quant à l'avenir moral infantile.

Mais il est plus important, à mon sens, de concentrer son attention sur le processus psychologique basal : je veux parler de l'anomalie *instinctive*. Il m'est apparu, en effet, que seules les anomalies profondément intégrées à la vie biologique et celles qui résultent d'un défaut de sublimation sociale de l'instinct de reproduction, offrent au point de vue médicolégal une valeur réelle.

Je signalerai d'abord des réactions coléreuses et vindicatives *dans la première enfance* qui tendent à exprimer des ressentiments à l'égard des parents à la suite de réprimandes ou de corrections légères, par des intentions de représailles : « Quand je serai grand j'ouvrirai le ventre à papa », ou bien: « Je le ferai tomber s'il monte sur une échelle et il se fera très mal. » Ces menaces verbales n'offrent aucune tendance à la réalisation, et 99 fois sur cent ces enfants montrent quelques mois plus tard une affection filiale parfaite.

Lors de la deuxième enfance, à l'époque des états intersexuels, si profondément décrits par Marañon, apparaît parfois, surtout chez les filles, une fabulation sexuelle calomnieuse, dont j'ai observé de magnifiques exemples et dont la connaissance m'a permis d'éviter de douloureuses erreurs judiciaires.

Mais la grande époque de la criminalité infantile est celle de la puberté. N'oublions pas surtout que, chez les candidats à l'antisocialité, les fonctions reproductrices apparaissent parfois de très bonne heure et c'est là une précision clinique trop souvent négligée.

Or, parmi ces anormaux, les cyclothymiques frustes, les déséquilibrés instables, voire les pervers essentiels, ne sont pas les plus nombreux parmi les délinquants précoces.

L'hystérie (1) m'apparaît comme un état d'infantilisme, de primitivisme, survenu chez l'adulte. Or, ce défaut d'évolution éthique se révèle souvent dès la 13e année ; l'on décèle cette pernicieuse lacune évolutive chez nombre de petits apaches organisés en bandes, qui jouent aux héros de cinéma. Telle

---

(1) Maurice Dide. — *L'hystérie et l'évolution humaine*, 1 vol., Flammarion (bibliothèque de philosophie scientifique), Paris, 1935.

est l'origine de plusieurs meurtres juvéniles dans les deux sexes ; elle est à la base de 80 0/0 des cas de prostitution et de vagabondage spécial avec toutes leurs conséquences néfastes.

M. Repond (de Genève) nous a signalé l'action bienfaisante du traitement psychanalytique dans la criminalité précoce, grâce au phénomène de transfert ; n'apporte-t-il pas ainsi la preuve que la criminalité, au début de la vie, souvent produite par suggestion, peut être guérie (ou du moins transformée) par persuasion ? Rien n'empêche d'espérer que l'adultisme moral, un peu retardé, se réalisera plus tard.

Il existe, hélas, d'autres cas plus invétérés, où une perversion morale semble irréductible : les séquelles de l'encéphalite léthargique, certaines hérédités criminelles ou épiletoïdes qu'on rencontre dans tous les milieux, sont particulièrement décevantes.

On a rendu un éclatant témoignage aux psychiatres qui tendent à transformer la législation sur la criminalité infantile en une méthode d'assistance où la bonté, la thérapeutique, remplacent la répression. J'applaudis avec d'autant plus de plaisir à cette évolution médicale du concept de la criminalité que je voudrais la voir se généraliser.

La délinquance psychopathique infantile, admise sans restriction, conduit au *concept psychopathique* du crime chez l'adulte et permet une sauvegarde plus efficace de la société normale que la répression pénale qui n'évite aucune récidive et dont l'exemplarité nous semble inopérante en dehors des cas où des méthodes médicales sont plus efficaces.

Dr Th. Simon (de Paris). — Lorsqu'un individu — et principalement un enfant — commet un délit, il y a deux hypothèses possibles : ou cet enfant a été amené à la délinquance par des influences de milieu. Healy à Boston et les Américains en général ont principalement étudié, grâce à leurs assistantes sociales, ces conditions malfaisantes. Ils se sont appliqués à les combattre. Si l'on en croit leurs derniers contrôles, ils n'auraient pas au reste obtenu de cette manière les résultats escomptés.

Seconde hypothèse : on imagine que l'enfant porte en soi, développe en soi un tempérament tel qu'il entraîne cette réaction d'ailleurs si diverse, la délinquance.

Je schématise puisqu'évidemment ces deux ordres de facteurs s'enchevêtrent, ce qui ne simplifie pas le problème. Mais il suppose ces deux points de vue et le second, celui de facteurs personnels à l'individu, a toujours paru à nos milieux latins le plus essentiel.

I

Comment donc M. Heuyer l'envisage-t-il ? En admettant, il me semble, chez les délinquants juvéniles une assez forte proportion de débiles mentaux et une floraison d'états maniaques dépressifs, de cas de paranoïa, etc, etc. Eh bien, cette solution est-elle satisfaisante ? Laissons de côté les grands arriérés qui ont une telle absence de discernement qu'ils ne peuvent se diriger. Mais la majorité des débiles de M. Heuyer n'est probablement pas de ceux-là. Elle appartient, je pense, à ces niveaux-limites dont nous côtoyons des exemplaires tous les jours, — et qui cependant ne versent pas dans la délinquance.

Qu'est-ce, d'autre part, que ces états étiquetés maniaques-dépressifs, ces paranoïaques, ces hystéroïdes délinquants ? Des maniaques dépressifs comme ceux que nous internons ? des paranoïaques comme ceux que nous internons ? Evidemment pas. Mais, là encore, des maniaques-dépressifs, des paranoïaques comme nous en connaissons tous, — et qui cependant ne commettent pas de délinquance. Si bien que je me demande si ce ne sont pas simplement des *modalités du type normal* qui n'ont avec les maladies dont on les rapproche que de vagues analogies — comme on vous le disait l'autre jour pour les symptômes diencéphaliques de l'hystérie. Et, si je ne proteste pas quand on affuble d'un de ces diagnostics tel ou tel de nos collègues un peu excité ou revendiquant, je crains qu'il soit dangereux de s'abandonner à ces solutions de facilité dans l'explication de la délinquance, et que ce ne soit le fait délictueux qui conduise à grossir et à affirmer une psychose.

Formes atténuées, formes frustes, dira-t-on. Sans doute. Mais c'est précisément pour cela que je me méfie, car cette atténuation a une extension quasi-indéfinie. Et j'avoue que si je sais à peu près quand je peux écrire épilepsie, j'ignore absolument quand je dois substituer épileptoïde à coléreux. Le mot épileptoïde indique d'ailleurs bien la difficulté par l'à peu près qu'il contient. Enfin, je le répète, puisque nous

trouvons les mêmes formes atténuées sans délinquance — encore qu'elles puissent, accordons-le, favoriser les occasions de conflit — il est malgré tout difficile de voir dans ces formes une explication suffisante.

Et j'irais plus loin. Qu'est-ce au point de vue mental que ce pervers qu'on ne définit que par ses troubles de conduite, par son inintimidabilité, par ses récidives incessantes ? Dénommer pervers, pour le faire entrer dans la pathologie, ce délinquant par excellence est-ce autre chose qu'une tautologie ?

II

Si ces remarques sont fondées, le problème de la délinquance reste entier. Il faut chercher la solution dans une autre voie. Et mon impression est qu'en effet la solution du problème de la délinquance n'est pas dans une pathologie élastique, mais qu'elle ne peut se rencontrer que dans une étude plus poussée du caractère et notamment du caractère étudié en *fonction de la moralité.*

Malheureusement c'est là davantage hypothèse de travail que travail fait. Et, si j'ai publié ça et là, ou exposé dans des conférences inédites, quelques travaux d'approche orientés dans ce sens, c'est à peine une ébauche. Et c'est ce qui me faisait aussi bien hésiter à prendre la parole aujourd'hui. Seulement, comme nous sommes quelques-uns à aborder de ce point de vue, à envisager sous cet angle le problème de la délinquance, autant essayer, m'a-t-il semblé, d'exposer en quelques mots, d'ailleurs trop brefs, notre position et la mienne propre.

Le caractère apparaît comme réalisé par une *mosaïque de tendances,* dont toutes d'ailleurs, n'est-il pas vrai, mon cher Vermeylen, n'apparaissent pas au même moment de l'évolution ? Ces tendances ne coexistent pas seulement les unes à côté des autres ; elles ne sont pas seulement inégales au point, comme on l'a souvent indiqué, que certaines sont dominantes, elles retentissent les unes sur les autres, elles s'intriquent, elles réalisent des états d'organisation, et je n'en veux pour preuve que ce changement que nous appelons la *maturité,* et dont je voyais si manifestement les effets sur les enfants de Perray-Vaucluse, qu'exposés à des accidents de conduite avant que la maturité se soient produite, les troubles s'atténuaient d'eux-mêmes une fois le bonhomme entré dans

ce port aux eaux tranquilles. Seulement, je le répète, ces *cristallisations de caractère,* nous commençons à peine à les entrevoir. C'est un terrain encore si peu fréquenté qu'à part M. Boven et un peu M. Claude, à peine a-t-on osé aborder (et elle n'était pas d'ailleurs à l'ordre du jour) la mentalité de l'*hystérique, esclave des décisions successives de ses affectifs inconscients, ces décisions fussent-elles de simulation.* Et, si tout cela reste encore un peu flou, c'est qu'en fait c'est horriblement difficile. C'est horriblement difficile parce que vraisemblablement *il ne s'agit pas de mécanismes* comme ceux qui sous-tendent l'intelligence. *Mais de groupements de dynamismes,* pour reprendre une expression dont on se servait ces jours-ci, d'associations de dynamismes *dans le domaine des tendances et non des idées claires,* et enfin d'associations de dynamismes *extraordinairement fragiles.*

Quoi qu'il en soit, parmi ces tendances constitutives du caractère, les unes mettent l'individu en opposition avec le monde extérieur, tandis que d'autres attitudes mentales favorisent au contraire l'action de ce dernier sur lui. Et j'imagine — *c'est-à-dire j'essaie de traduire ce dont je suis témoin* — j'imagine, dis-je, qu'il se crée alors, selon les individus, des cristallisations intérieures, allant pratiquement de ces caractères que nous disons *grands* parce qu'ils personnifient l'accord le plus parfait avec le sens général que nous prêtons à l'univers jusqu'à cette *imbécillité morale* dont parlait Prichard et qui entre en constant conflit avec les courants habituels, tout cela en passant par la *médiocrité lamentable de notre morale journalière,* car *la délinquance n'est, après tout, qu'un degré et un hasard* et non pas un fait à part et pathologique dans notre vie toute semée de menues indélicatesses. Il y aurait donc, à mon sens, quant aux caractères, une sorte de pendant à ces degrés du développement de l'intelligence que nous avons décrit avec Binet — degrés de caractère dont *la moralité* serait en quelque sorte une résultante globale. Et, dans cette échelle, le pervers figurerait sans doute assez bas.

III

Cette conception m'amène enfin à mon second désaccord avec le rapporteur. Car, en une phrase, je crois, il règle le sort des punitions pour les déclarer inutiles. Ah ! certes, s'il s'agit d'états pathologiques francs ou d'idiotie morale avérée, mais

je ne suis plus aussi convaincu de l'inutilité de sanctions et de leur impuissance à créer des inhibitions, lorsque j'admets des degrés dans la valeur des caractères ; et l'exemple de ce que nous-mêmes nous devenons si, par hasard, nous sommes masqués, ou si nous échappons à ce gendarme permanent que constitue l'opinion publique, ne me permet guère d'admettre qu'une conclusion générale quant à l'effet des sanctions puisse être formulée d'un trait de plume. Ceci dit, il va de soi qu'il s'agit d'imaginer des sanctions plus efficaces que brutales. Et il va de soit surtout que la prévention de la délinquance est à chercher davantage dans le développement chez le jeune être de ces tendances positives et de ces coordinations dynamiques qui doivent préparer l'accord avec la vie générale du milieu où nous sommes placés.

En résumé :

1° La délinquance habituelle m'apparaît moins comme la conséquence d'états morbides que comme la résultante de caractères de qualités variables, jugés du point de vue de la moralité.

2° Tout notre effort doit porter à débrouiller l'extrême complexité de ces cristallisations caractérielles dont j'ai essayé de faire pressentir la réalité.

3° Ainsi seulement nous pourrons espérer remédier dans la mesure du possible aux défectuosités constatées par une éducation adaptée.

Dr H. Baruk (de Paris). — Je n'aborderai pas ici le côté technique de cette question de la délinquance infantile qui vient d'ailleurs de nous être remarquablement exposé dans les deux rapports que nous venons d'entendre.

Je voudrais seulement faire quelques remarques de principe, à propos notamment du rapport de M. Heuyer. Classer les anormaux, les séparer des autres enfants, les répartir en catégories, c'est utile, certes, mais à condition de laisser à ce classement toute la souplesse nécessaire. Il ne faut pas que ce travail de discrimination aboutisse à constituer une sorte de tare qui pèse ensuite lourdement sur l'avenir de ces enfants ; et à ce point de vue, le terme d'anormal me paraît mériter bien des critiques.

Je tiens en outre à m'élever avec la plus grande énergie contre les procédés d'eugénique auxquels vient de faire allusion M. Heuyer dans son exposé oral. Je crois qu'il est à la

fois plus humain et plus fructueux de s'attaquer aux causes qui peuvent déterminer l'hérédité morbide (à la syphilis, à la tuberculose, à l'alcoolisme, à la misère, etc.) plutôt que de supprimer des germes de vie. Nous, médecins, nous devons respecter la nature et ne pas oublier que notre rôle est de soulager, non de détruire.

D'ailleurs, la lutte contre les tares héréditaires n'est pas tout ; il faut tenir compte aussi des facteurs d'ordre moral. A ce point de vue, je tiens à adresser à mon vieil ami, M. Vervaeck, mes plus chaleureuses félicitations pour son admirable rapport, qui constitue, non seulement une documentation médicale et pédagogique remarquable, mais qui souligne l'importance de ces facteurs moraux. Comme le dit si bien M. Vervaeck, il faut considérer non seulement le milieu familial, mais encore le milieu social tout entier. Les enfants ont besoin d'être élevés dans une atmosphère générale de justice, d'équité, et aussi, de bonté, de charité. A ce point de vue, je m'associe pleinement aux remarques si humaines que vient de faire M. Repond. Or, si la société, foulant aux pieds ces notions, aboutit à développer le culte de la force, de l'arbitraire et de l'injustice, il est fatal de voir s'élever considérablement le taux de la délinquance infantile. On aurait beau construire des maisons de rééducation, on aurait beau établir partout des tribunaux, instituer examens sur examens, expertises sur expertises, toutes ces mesures matérielles, dont je ne méconnais toutefois pas l'importance, resteraient vaines dans une société qui aurait rejeté les principes spirituels et les principes d'humanité qui doivent l'éclairer.

Je voudrais enfin faire une dernière remarque historique. Plusieurs argumentateurs viennent de regretter le peu de développement en France des organismes sociaux dans la lutte contre la délinquance et le développement des anormaux. Il ne faut pas oublier cependant que c'est en France qu'est né, il y a bien longtemps, tout le mouvement de rééducation, et toute la pédagogie. On oublie trop l'œuvre si admirable de ces grands précurseurs qui furent successivement Jacob Péreire, puis Itard et Séguin. Ce sont eux qui ont été les véritables créateurs de ces diverses méthodes de rééducation qui se sont tant développées de nos jours. Ces méthodes ont été d'ailleurs parfaitement appliquées dans cet admirable service de Bicêtre, créé par Bourneville, service dans lequel j'ai eu l'honneur d'être interne, qui représentait le modèle de l'organisation touchant

à l'enfance et qui permettait de dispenser à la perfection et tous les soins médicaux, et tous les moyens pédagogiques, et toutes les mesures de réadaptation sociale. On ne peut que déplorer vivement le vide laissé par la disparition d'un tel service.

Dr A. Repond (de Malévoz-Monthey). — Les remarquables travaux des deux rapporteurs nous ont apporté une extrême abondance de faits, de statistiques et de vues intéressantes. C'est, peut-être, cet excès de richesses qui empêche M. Heuyer d'apporter toute l'attention qu'elle mérite à la psychologie de l'enfant délinquant et, surtout, aux mécanismes psychiques inconscients qui déterminent le plus fréquemment les attitudes et les actes dissociaux. Or, seule l'étude psychologique, je dirai même psychanalytique, de l'enfant délinquant permet d'aborder ses problèmes, de les comprendre et, très souvent, de les résoudre.

C'est pourquoi je ne crois guère à la nomenclature que fait M. Heuyer des troubles pouvant amener l'enfant à la délinquance : elle n'est, en effet, étayée que par une symptomatologie toute extérieure et, partant, superficielle. La multiplicité des catégories qu'il crée, des causes qu'il invoque me semble compliquer inutilement le problème et l'empêcher de voir qu'à la racine de ces troubles multiformes est, bien souvent, la même cause.

Ceci me rappelle un peu l'examen d'un enfant auquel j'assistais, il y a quelques années, dans le service du Dr Healy à Boston. Cet enfant faisait des fugues et avait aussi la déplorable habitude d'enfoncer, en classe, des aiguilles dans la partie postérieure des petites filles assises devant lui. Quand nous eûmes entendu, successivement — hors de la présence de l'enfant — les rapports de l'assistante sociale, de l'infirmière-visiteuse, du « visiting teacher », du psychologue et du psychiatre, ce cas, très simple, s'était obscurci totalement, et nous faisait penser au proverbe allemand : « On voit trop d'arbres pour voir encore la forêt. »

C'est, selon nous, à l'insuffisance de la compréhension et du traitement psychologique de l'enfant délinquant que sont dûs les échecs thérapeutiques dont parle M. Vervaeck. Les succès qu'il signale d'autre part se produisent dans tous les cas où la psychothérapie est le souci premier du médecin ou de l'éducateur, chargés de traiter ces dyssociaux.

Je puis invoquer ici mon expérience personnelle et citer les résultats heureux que l'on peut obtenir au moyen d'un service médico-pédagogique poli-clinique, à fonctionnement très simple, ne disposant même pas d'une station d'observation et moins encore d'une maison de rééducation, pouvant tout au plus, à l'occasion, utiliser le placement hétéro-familial. C'est du service médico-pédagogique valaisan que je veux parler, fondé en 1931 et qui relève de mon établissement neuro-psychiatrique, la Maison de Santé de Malévoz, à Monthey. Ce service est établi sur la collaboration des médecins de l'établissement avec deux assistantes sociales engagées spécialement à cet effet, et toutes deux rompues aux méthodes rééducatives et psychanalytiques. Ce sont, soit les autorités judiciaires, communales, scolaires, soit — et c'est de plus en plus souvent le cas — les parents qui nous signalent les enfants dont le comportement est anormal, dissocial, ou encore qui souffrent de troubles nerveux.

Nos assistantes se rendent dans les endroits où les enfants ont été signalés, prennent contact avec les familles, les autorités, etc... Les traitements psychothérapiques ont lieu dans des locaux mis à notre disposition par les autorités scolaires, ou encore à Malévoz même.

Je ne parlerai pas, ici, des résultats atteints dans les cas de névrose infantile et qui sont, d'ailleurs, favorables ; je dirai seulement que les guérisons et réadaptations d'enfants délinquants ou dissociaux sont obtenues dans la grande majorité des cas traités.

Nous n'avons pas encore établi de statistiques complètes des guérisons confirmées quelques années après la cessation du traitement : cependant, nous avons pu établir que, sur 21 enfants traités en 1931 dans une petite ville, il n'y a eu que trois rechutes. Il est évident que les traitements psychothérapiques exigent beaucoup de travail et de patience, mais les résultats sont tels qu'ils valent bien les sacrifices financiers — d'ailleurs fort modérés — qui sont faits pour les obtenir. Les frais d'entretien de notre service ne dépassent, en effet, pas la somme de fr. suisses, 5 à 6.000 par an.

Si j'ai cité cet exemple, c'est que le rapport de M. Heuyer pourrait faire craindre qu'il soit nécessaire de créer et d'entretenir une organisation complexe à l'instar des « Child Guidance Clinics » américaines pour observer et traiter les enfants difficiles et délinquants.

Il est un dernier point sur lequel je désire faire quelques remarques, c'est celui de l'étiologie sociale de la délinquance. Il me semble qu'on insiste un peu trop sur la détermination des troubles dissociaux infantiles par des conditions sociales ou familiales défavorables. La surestimation de ce facteur étiologique me paraît provenir du fait que ce sont surtout les enfants appartenant à des familles indigentes qui tombent sous le coup de la loi et sont renvoyés par les tribunaux aux services officiels médico-pédagogiques des grandes villes, alors que les enfants de familles aisées sont protégés, la plupart du temps, par leurs parents contre les conséquences pénales de leurs actes délictueux. N'étant pas renvoyés aux services officiels, ces enfants échappent à toute statistique et le résultat en est une surestimation générale du facteur social dans la délinquance. Or, la tendance à la délinquance me paraît, d'après mon expérience, aussi fréquente et aussi grave chez les enfants de bonnes familles, et même de familles très unies où les enfants n'ont eu sous les yeux que les meilleurs exemples. J'ai vu, par exemple, des fils de millionnaires se faire entretenir par des courtisanes, bien qu'ils aient eu à leur disposition tout l'argent voulu.

Ces observations m'amènent à conclure, avec M. Heuyer, que la délinquance infantile et juvénile ne peut être considérée que comme une forme ou un symptôme de déséquilibre psychique, d'un état psychopathique.

La névrose, a dit Freud, est l'envers de la perversion : la réciproque est vraie : quand il y a perversion d'un instinct quelconque — ce qui est presque toujours le cas dans les délinquances — et que l'on s'applique à en rechercher les racines psychologiques, on y découvre régulièrement une névrose sous-jacente. Fréquemment, d'ailleurs, les symptômes de la dissocialité et de la névrose sont interchangeables : au moment où l'on supprime, par exemple, le symptôme de la perversion, le symptôme névropathique correspondant prend sa place. Quand ce dernier est guéri, la tendance perverse, par contre, disparaît définitivement. La cure de la délinquance équivaut donc à une cure psychothérapique : elle appartient au domaine de la psychiatrie et, plus spécialement, de l'hygiène mentale.

Réponse des Rapporteurs

Dr G. Heuyer (de Paris). — A entendre mes contradicteurs, il me semble, ou qu'ils n'ont pas lu mon rapport, ou que je me suis fort mal exprimé. Ils me reprochent en effet des théories dont on ne trouvera pas trace dans mon travail, ou des omissions que je n'ai réellement pas commises.

Je ne m'arrêterai pas au premier reproche qui m'a été adressé, de n'avoir pas insisté suffisamment sur l'instabilité, comme cause essentielle de la délinquance. Ce n'est pas seulement dans mon rapport que j'ai décrit le caractère de l'instable, que j'ai indiqué ses manifestations aux périodes successives de l'enfance et de l'adolescence. Quant aux statistiques qui le concernent, j'ai renvoyé à plusieurs reprises aux sources, notamment à la thèse de mon élève Néron. J'accepte volontiers le reproche de n'avoir pas multiplié les statistiques. A vrai dire, je ne l'ai pas fait exprès. Mon rapport a donné bien de la tablature à notre secrétaire général, auprès duquel je m'excuse ; trois fois il me l'a renvoyé parce qu'il dépassait les 56 pages permises ; j'ai dû supprimer 20 pages et, sans hésiter j'ai fait sauter les statistiques, qui ne présentent, pour le sujet que j'ai traité, qu'un intérêt accessoire.

J'ai gardé deux statistiques importantes : la première est celle que le Dr Ducoudray a établie à la maison d'éducation surveillée d'Eysses ; j'ai constaté qu'il avait classé les jeunes détenus d'Eysses exactement sous les même rubriques que celles des troubles du caractère exposées dans mon rapport. Or, le Dr Ducoudray, pour la première fois dans les maisons pénitentiaires, a montré quelles heureuses initiatives pouvaient être prises au point de vue des mesures disciplinaires, suivant les diverses catégories psychiatriques de détenus. La deuxième statistique qui figure dans mon rapport est celle que M. le Directeur de l'Administration pénitentiaire a bien voulu me fournir quand je lui ai demandé de quel milieu social sont les mineurs détenus dans les maisons d'éducation surveillée. J'ai constaté que, d'après ces statistiques administratives, qui n'étaient pas faites pour le Congrès, il est avéré que plus de 80 % des enfants qui se trouvent dans les maisons de caractère pénitentiaire, sont d'une classe sociale malheureuse, ouvriers d'usines ou ouvriers agricoles.

Ces statistiques corroborent l'opinion de M. West émise dans son livre sur « l'Enfant de justice ».

Ce fait me paraît important pour répondre à l'objection de M. Repond, qui me reproche de n'avoir pas fait assez grande la part de la psychanalyse. A trois reprises, pourtant, dans mon rapport, j'ai indiqué le rôle important que la psychanalyse peut avoir dans l'explication de certains troubles affectifs, qui peuvent être à l'origine de délits ou de crimes. Si 80 % des délinquants sont des malheureux, la psychanalyse, dans leur traitement, ne peut avoir qu'un rôle accessoire. Je pense qu'un peu plus de justice sociale aurait un effet plus efficace.

Il est exact que, chez les délinquants, on trouve des enfants d'une classe sociale plus élevée et qui paraissent avoir reçu, dans la famille, une excellente éducation. Mais de ce que les parents sont riches, ils ne sont pas exempts d'une lourde hérédité, de tares plus ou moins profondes de dégénérescence. Actuellement, j'ai dans mon service le fils d'un membre de l'Institut et le fils d'un Colonel ; tous deux ont volé ; ils ne sont pas passés devant le Tribunal ; pourtant, je ne les distingue pas des délinquants mineurs que moins de chance a amenés déjà devant les Juges.

Il faut étudier le fonds psychologique de chaque enfant et je ne m'en prive point, mais je pense aussi que, dans une grande ville où les enfants délinquants se comptent par centaines, il est nécessaire de les classer en certaines catégories, parce que les mêmes mesures de rééducation ne peuvent pas s'appliquer à tous les sujets. Sans doute, il serait désirable de faire une étude psychologique et peut-être un traitement psychanalytique de chaque enfant, mais il ne faut pas oublier que le bureau du Congrès m'a demandé de faire un rapport de psychiatrie médico-légale. Ce que le Juge demande au médecin expert, ce ne sont pas des considérations psychologiques compliquées ; c'est un avis simple, clair, un diagnostic de l'anomalie mentale, un pronostic sur la possibilité de la récidive, sur les chances d'intimidabilité ; enfin, spécialement pour les mineurs, le Juge demande une proposition. La mesure proposée n'est pas la même quand il s'agit d'un enfant émotif, ou d'un instable, ou d'un pervers, ou d'un épileptique, etc.

S'il fallait, pour tous les enfants délinquants, faire le traitement de psychanalyse, qui demande au moins 6 mois, ce serait la ruine de l'action du psychiatre sur le Tribunal.

M. Repond dit qu'il a d'excellents résultats quand il fait

suivre ses enfants par des assistantes sociales, qui sont aussi des psychanalystes. Je regrette de n'être pas de son avis, mais le rôle d'un psychanalyste non médecin me paraît néfaste ; ce n'est pas une opinion théorique, mais un avis fortifié de quelques expériences.

En réalité, le même résultat est obtenu par les Délégués à la liberté surveillée, lorsque ceux-ci veulent remplir leur rôle avec conscience et servir réellement de tuteurs à la moralité défaillante des enfants que le Tribunal leur a confiés. Sans doute, il serait désirable que chacun de ces délégués fût un psychiatre, mais ce serait vraiment trop demander.

Aussi bien, j'utilise la psychanalyse dans le traitement de certains délinquants. Mme Morgenstern, qui est une psychanalyste orthodoxe, me rend les plus grands services dans l'explication de certains troubles affectifs, qui restent obscurs, malgré les enquêtes sociales les mieux faites. Mais je sais aussi que, lorsqu'il s'agit d'un grand instable, dont le déséquilibre psychomoteur montre le profond trouble organique, ou lorsqu'il s'agit d'un grand pervers, le traitement psychanalytique a peu de chances d'être efficace ; à ce point de vue, Mme le Dr Morgenstern est entièrement d'accord avec moi.

Je remercie M. Fribourg-Blanc de l'appui qu'il a bien voulu me donner. Il sait d'ailleurs que je collabore en quelque sorte avec lui ; j'évite d'envoyer dans l'Armée les délinquants, instables ou pervers, qui ne peuvent être qu'un trouble pour la discipline et pour le moral de leurs camarades.

Avec M. Dide, le terrain d'entente est trouvé. Ses opinions sont exactement celles que j'ai exprimées. La Belgique, cette « terre de compromis », a résolu, d'une façon pratique, le problème de la délinquance juvénile en tenant compte de sa complexité.

M. Simon m'a reproché de ne pas avoir parlé de l'opinion de Healy sur le rôle du milieu dans la délinquance infantile. J'avoue que je n'ai pas été enthousiasmé par certains spectacles que j'ai vus en Amérique, dans lesquels des décisions sont prises, au sujet d'enfants délinquants, sur des dossiers remplis de multiples enquêtes sociales et d'après les opinions des « Social Workers », mais sans examen direct et personnel des enfants.

« L'autre voie », dans laquelle M. Simon croit trouver une solution, ne me paraît pas distincte de celle que j'ai proposée. M. Simon dit que le caractère est réalisé par « une

mosaïque de tendances, qui n'apparaissent pas à la même période, qui retentissent les unes sur les autres, etc. ». Je croyais, en l'écoutant, lire mon rapport, particulièrement les pages 14 et 47. C'est une théorie que j'ai exposée à plusieurs reprises, depuis 3 ans, notamment dans une étude sur les tests de caractère. Dans mon enseignement oral, je me suis servi bien des fois de l'expression stendahlienne de « cristallisation » des tendances. Si je l'ai abandonnée, c'est parce qu'elle m'a paru mauvaise, car elle implique une fixité définitive, qui exprime incomplètement la complexité et la mobilité de la vie.

Quant à « l'opposition avec le milieu extérieur », dont parle M. Simon, qu'est-ce autre chose que la « réaction d'opposition » que j'ai décrite avec Dublineau ?

Dans l'ensemble, je ne m'étonne point d'être d'accord avec M. Simon puisque l'un et l'autre nous examinons des enfants délinquants avec un esprit psychiatrique.

Mais où je ne m'entends plus avec lui, c'est quand il affirme l'utilité de la punition. Je me tiens ferme à mon opinion que la peine est inutile pour empêcher la récidive. Je connais des pédagogues, expérimentés et ouverts à des idées nouvelles, qui n'ont jamais puni et qui estiment que la punition est inutile. Surtout l'expérience démontre que les délinquants récidivistes ont subi des peines de plus en plus importantes, ce qui ne les a pas empêchés de commettre des délits et même des crimes de plus en plus graves. L'engrenage de la sanction entraîne l'engrenage de la récidive et de l'aggravation des fautes. La peine telle qu'elle est conçue dans notre loi pénale, comme sanction du délit, est inopérante. Il ne serait pas difficile de démontrer qu'elle n'a aucune force d'intimidabilité. Mais je ne peux pas développer davantage ici cette opinion de l'inutilité de la peine, qui tend d'ailleurs à être admise de plus en plus par les criminologistes.

Pratiquement, pour empêcher la récidive, il faut connaître toutes les causes multiples qui ont déterminé le délit ; il faut étudier le délinquant dans sa personnalité complète, héréditaire, morale et sociale, et prendre la mesure d'assistance, de rééducation ou de traitement qui convient.

M. Baruk me reproche d'accabler certains enfants délinquants sous le terme lourd « d'anormaux ». Il préfère les appeler des « dissociaux ». Je n'y vois pas d'inconvénient s'il pense que ce terme aura une meilleure fortune. Ce qui est important, c'est qu'il accepte en quelque sorte ma définition

puisqu'il reconnaît que « leur caractère essentiel est de s'adapter difficilement au milieu ». La définition de l'anormal reste une définition sociale, comme la définition de l'aliéné.

Enfin, il n'est pas juste de déclarer que la classification des délinquants en un certain nombre de catégories, selon leurs troubles du caractère, démontre un manque de bonté. Je rappellerai seulement que c'est en classant les enfants détenus à la maison d'éducation surveillée d'Eysses que M. le Dr Ducoudray a contribué à faire entrer un peu de bonté dans la plus sévère des maisons pénitentiaires.

Quant aux lois eugéniques de stérilisation, je n'en ai point parlé dans mon rapport et je n'en suis pas partisan. Il est vrai que lorsque nous voyons un enfant chargé de tares physiques et morales, nous nous disons très souvent qu'il serait préférable que cet enfant ne fût pas né. De plus, nous ne pouvons pas suivre sans un grand intérêt l'immense expérience eugénique qui est faite dans un pays voisin. Nous pouvons nous dire sans doute : « Il vaut mieux que ce soit chez eux que chez nous. » Je suis l'adversaire de mesures aussi systématiques, mais il ne faut pas préjuger du résultat d'une expérience faite en dehors de nous et quasi malgré nous.

Je n'insisterai pas. Le temps me manque pour raconter dans le détail une affaire particulièrement intéressante, à laquelle j'ai été mêlé récemment, comme expert. Il s'agissait d'un enfant de 15 ans, qui avait tué, sans raison manifeste, la femme de ménage de ses parents. Cette affaire était, par sa complexité, l'illustration même de mon rapport. Il y avait de lourdes tares héréditaires, un accident méningé de l'enfance, un développement pubertaire précoce et excessif, des troubles du caractère à type d'impulsivité coléreuse et de mythomanie fabulante, un élément épisodique d'alcool qui déclancha le geste meurtrier. Il fallait donner aux juges un avis précis. Avec mes collègues, nous avons déclaré que ce jeune garçon, qui avait perdu sous l'action de l'alcool, le contrôle de ses actes, n'était que très faiblement responsable de l'acte meurtrier. Mais il présentait des troubles graves du caractère, qui s'étaient manifestés dans toute sa conduite après le crime, et il était nécessaire de prendre à son égard une mesure prolongée de redressement dans une maison d'éducation spéciale de l'Etat. Les juges, par leur décision, ont montré qu'ils suivaient notre avis.

Une minute encore. Il y a une quinzaine de jours, alors que

mon rapport était distribué, M. Vétel m'a remis un document trouvé dans les papiers de Clérambault, et qui m'était adressé de la main même de notre ami regretté : c'est le manuscrit d'une conférence sur la délinquance juvénile, faite par Garnier, ancien médecin-chef de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police. Garnier insiste sur ce fait que « le crime est un phénomène essentiellement hérédo-social dans sa genèse. L'enfant est à la fois ce que le font ses générateurs et le facteur social ». Il fait, des enfants délinquants, une classification à peu près identique à la mienne, tant au point de vue des débiles intellectuels que des enfants déséquilibrés du caractère et « anormaux ». Après avoir précisé les diverses catégories, il indique les mesures à prendre sous la forme d'écoles de préservation, d'asiles médico-pédagogiques, etc., prévoyant à peu près complètement ce qui est réalisé en Belgique. Il termine par cette conclusion que je ferai mienne : « Nous aurons chance ainsi de préparer un avenir social meilleur où l'humanité, moins absorbée par la nécessité de se précautionner contre les maux qui l'affligent, pourra marcher d'un pas assuré vers un idéal de justice et de bonté. »

Dr Paul Vervaeck (de Bruxelles). — Parmi les documents d'ordre statistique que j'ai cités dans mon rapport, il n'en est point qui aient été publiés en France ; non que je veuille les ignorer, mais je désirais réserver à mon éminent co-rapporteur la possibilité d'utiliser à son gré ces éléments, dont beaucoup lui sont personnels.

Au demeurant, s'il ne faut point transposer sans précaution la documentation anglo-saxonne et surtout américaine, il n'en est pas moins vrai que ces recherches témoignent d'orientations originales et qui parfois nous sont peu familières. C'est ainsi que les travaux des Glueck en ces dernières années, comportent des catamnèses extrêmement fouillées ; ils n'ont pas hésité à les publier malgré le taux de récidives énorme qu'ils ont dû enregistrer (jusqu'à 88 % ; qu'il me soit permis de rappeler ici les résultats obtenus en Belgique : cinq ans après la fin de toute surveillance, 75 % des enfants de justice n'ont commis aucun délit ; il s'en trouve encore 65 % parmi ceux qui sortent des institutions d'éducation de l'Etat, réservées en fait aux cas les plus graves).

Les Américains ont montré aussi, statistiques à l'appui, que si l'on prenait individuellement des conditions étiologiques

comme l' « hérédité », le niveau économique, le degré d'intelligence, elles n'alourdissent pas le pronostic quant à la récidive.

D'autres ont essayé de dégager de l'ensemble de ces facteurs une échelle de pronostics permettant d'évaluer les chances de reclassement. Les travaux de Casselberry, étayés par des enquêtes-témoins chez des enfants non délinquants, sont intéressants à cet égard.

A côté de l'étude clinique des cas individuels, qui en reste la base indispensable, il semble que la science de la délinquance juvénile doive recourir de plus en plus fréquemment aux méthodes statistiques et aux comparaisons avec les enfants normaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

A propos des lésions du cerveau sénile

par M. le Professeur P. Divry (Liége)

(*Résumé d'une démonstration par projections de clichés*)

S'il est vrai que le processus histo-pathologique de la démence sénile réside *essentiellement* dans la dégénérescence des cellules ganglionnaires du cortex, il comporte aussi dans la grande majorité des cas, des formations d'un caractère particulier ; ce sont, en ordre principal, les plaques séniles d'une part et la dégénérescence d'Alzheimer d'autre part ; en ordre accessoire, les altérations cylindraxiles à hauteur de certaines plaques séniles. Au point de vue de ces lésions, le sénium pathologique apparaît comme la simple exagération du sénium physiologique.

Les plaques séniles

Sous leur aspect le plus simple, les plaques séniles sont représentées par des amas plus ou moins volumineux de productions filamento-granuleuses (plaques trichosiques) ; ce sont les formes les plus fréquentes ; parfois, elles parsèment toute l'épaisseur du cortex d'une façon très dense.

La structure des plaques séniles peut être plus complexe ; elles présentent dans ce cas un noyau occupant le centre d'une sphère filamento-granuleuse ; parfois, cette dernière est séparée du nodule central par un espace clair, de telle sorte que la plaque revêt en coupe l'aspect d'une cocarde.

J'ai démontré (1) que le noyau des plaques séniles n'est autre chose qu'un nodule d'amyloïde de structure sphéro-cristalline ; il en présente en effet les réactions cardinales : 1° métachromasies par les colorants basiques d'aniline ; 2° réaction par l'iode (Lugol) ; 3° réaction iodo-sulfurique ; 4° coloration par le rouge Congo.

En outre, l'imprégnation par l'iode et surtout par le rouge Congo confère à la substance amyloïde une biréfringence nette (2) ; en ce qui concerne le noyau des plaques séniles, cette biréfringence se marque par une croix de polarisation (sphéro-cristal).

Dans sa forme la plus organisée, la plaque sénile comporte donc la précipitation d'un nodule d'amyloïde en son centre. Parfois, ce précipité d'amyloïde est moins congloméré, plus diffus et occupe une étendue plus ou moins considérable de la plaque.

Le plus souvent, le noyau de la plaque se dépose (cristallise ?) au sein d'une substance d'apparence plus ou moins hyaline (substance hyaloïde).

La dégénérescence d'Alzheimer

Cette altération des cellules ganglionnaires, généralement considérée comme une dégénérescence particulière du réseau neuro-fibrillaire, se présente souvent sous la forme de tractus très argentaffines, qui paraissent encercler le corps cellulaire ou qui décrivent dans son aire des figures pelotonnées d'un aspect spécial ; quelquefois, toute la surface de la cellule est tapissée par une masse de structure fasciculée ou bien encore, la dégénérescence d'Alzheimer revêt la forme de boules volumineuses manifestement intracellulaires et coiffées du noyau refoulé à la périphérie.

Un examen histo-pathologique attentif permet de démontrer que *toutes ces productions* qui frappent par leur argentophilie *sont constituées par de la substance amyloïde ;* c'est surtout la

---

(1) Divry (P.). — Etude histo-chimique des plaques séniles. *Journ. belge de Neurol.*, 27, 643 (1927).
(2) Divry et Florkin. — Sur les propriétés optiques de l'amyloïde. *C.R. Soc. Biol.*, 97, 1808 (1927).

biréfringence que leur confère le rouge Congo qui est démonstrative à ce point de vue (1).

Les altérations cylindraxiles

Considérées comme capitales par certains auteurs (Fischer), déniées par d'autres (Rizzo), les altérations cylindraxiles existent indubitablement à hauteur ou à proximité de certaines plaques séniles organisées, notamment dans des territoires riches en figures d'Alzheimer (subiculum, couches profondes du cortex, etc.).

Elles revêtent la forme d'épaississements trapus, de lanières de fouet, de massues, etc. et occupent souvent les parties marginales de la plaque ; si certaines de ces formations sont manifestement des portions de cylindraxes épaissies ou déformées, d'autres en paraissent indépendantes et pourraient bien n'être qu'un précipité filamenteux analogue à celui de la dégénérescence d'Alzheimer.

Quoiqu'il en soit, *ces formations sont aussi constituées par un précipité d'amyloïde* qui s'est accroché aux cylindraxes ou qui s'est simplement produit dans la plaque sénile. Elles apparaissent très nettement entre nicols croisés, grâce à la biréfringence que leur donne le rouge Congo (2).



L'amyloïdose joue donc un rôle important dans le tableau histo-pathologique de la démence sénile.

La dégénérescence amyloïde est actuellement considérée comme l'expression d'une précipitation humorale au sein des tissus ou, si l'on veut, comme le résultat de la transformation en gels de sols colloïdaux (Leupold) ; production extra-cellulaire, interstitielle, l'amyloïde peut aussi se mouler sur les contours cellulaires (Beneke, Peters, Askanazy) ou même se déposer au sein des cellules (Schmidt, Düring, Frank).

Dans le cerveau sénile, l'amyloïde peut précipiter au niveau des plaques séniles, à titre de production interstitielle ; elle

(1) Divry (P.). — De la nature de l'altération fibrillaire d'Alzheimer. *Journ. belge de Neurol.*, 34, 197 (1934).

(2) Divry (P.). — De la nature des altérations cylindraxiles au niveau des plaques séniles. *Journ. belge de Neurol.*, 34, 726 (1934).

en constitue le noyau ou la partie centrale ; plus exceptionnellement, elle en occupe toute l'étendue.

Elle peut tapisser les cellules ganglionnaires, en imprégner la charpente ou y produire des conglomérats intra-cellulaires ; elle réalise ainsi la dégénérescence d'Alzheimer.

Elle peut enfin s'accrocher à des structures préformées, les cylindraxes, ou simplement précipiter en productions filamenteuses à hauteur de certaines plaques séniles.

La notion d'amyloïdose apparente donc ces diverses productions du cerveau sénile, en établissant entre elles une certaine communauté pathogénique.

Les lésions cérébrales dans la démence précoce

par MM. F. d'Hollander et Ch. Rouvroy (Louvain)

Depuis juin 1932, date à laquelle nous avions déjà publié l'étude histo-pathologique de 9 cas de démence précoce, il nous a été permis de faire l'analyse de 9 autres de ces malades. C'est quelques-unes des constatations faites sur l'ensemble de ces 18 cas que nous avons l'honneur de vous soumettre.

Tous ces cas ont été choisis de telle sorte que le diagnostic clinique fut hors de toute contestation : il s'agit de déments précoces hébéphréno-catatoniques dont nous avons pu enregistrer le comportement et suivre l'évolution pendant un laps de temps variant de 1 à 6 ans et plus. Ces malades (les 9 derniers cas non publiés), toutes du sexe féminin, sont mortes : une à l'âge de 21 ans, deux à 24, une à 29, une à 31, une à 37, une à 40, et deux à 44. Quatre ont succombé à une tuberculose pulmonaire (vérifiée à l'autopsie), une autre à une tuberculose généralisée, une 6[e] à une cachexie d'origine indéterminée, une 7[e] à une perforation intestinale due à une dysenterie bacillaire, une à une pneumonie ; une dernière est morte en peu de jours au cours d'un état fébrile accompagné de divers signes d'encéphalite. Il est certain qu'une mort soudaine par traumatisme livrerait un matériel idéal pour l'étude des lésions cérébrales de la démence précoce, et nous reconnaissons qu'il faut tenir compte dans l'interprétation des images histologiques de l'empreinte laissée par la maladie et les phénomènes terminaux. Mais il y a lieu de remarquer qu'à n'accepter comme valables que les pièces obtenues par autopsie de malades ayant succombé par suicide, outre que les possibilités d'étude seraient singulièrement réduites, on risquerait de n'envisager qu'un certaine catégorie de démence précoce dont le diagnostic prêterait peut-être à discussion. Nous croyons donc que pour étudier le complexe anatomique de la démence précoce, il est légitime de recueillir les données fournies par des cas tels que les nôtres.

Parmi les diverses lésions qui se rencontrent avec grande

constance dans nos 18 cas, certaines concernent l'appareil méningo-vasculaire ; nous insisterons sur celles-là.

Méninges. — La pie-mère est épaissie, mais à un degré variable selon les cas et les territoires cérébraux envisagés. Toujours notable, cette hyperplasie est parfois énorme. Rarement il s'agit d'une fibrose simple ; ordinairement, le tissu est parsemé d'une façon plus ou moins dense de diverses cellules telles que fibroblastes jeunes, macrophages et lymphocytes. L'activité des fibroblastes est très grande : ce sont ces cellules qui se présentent avec le plus d'abondance ; viennent ensuite les macrophages. Les lymphocytes sont disséminés discrètement, jamais ils ne constituent l'élément prépondérant. Nous n'avons vu ni leucocytes ni plasmocytes. Les cellules conjonctives forment fréquemment des nodules épithélioïdes de dimensions variées ; les lymphocytes sont parfois groupés en amas individualisés, particulièrement dans les sillons.

L'hyperplasie de la pie-mère peut se noter à tous les secteurs cérébraux, mais il semble que ce soit au niveau de la convexité et plus spécialement dans les régions frontales que les épaississements les plus importants se rencontrent.

L'arachnoïde forme dans la majorité des cas étudiés de nombreux nodules dont certains sont très importants.

Vaisseaux. — Beaucoup de ceux-ci sont entièrement sains, mais très fréquemment et dans tous les cas on en trouve qui sont altérés. Les lésions sont de deux ordres : les unes régressives, les autres hyperplasiques.

L'atrophie vasculaire simple est la règle dans nos 18 cas ; elle provoque aussi bien dans la pie-mère que dans le tissu cérébral, des hémorragies microscopiques d'âge très divers. Les unes sont fraîches, les autres se manifestent par un magma nécrotique ; souvent on ne constate qu'une lacune ne contenant que des débris atrophiques d'un vaisseau et dont le caractère ancien est attesté par la réaction gliale environnante. Certaines de ces hémorragies sont en voie d'organisation par bourgeons vasculaires. C'est à ces phénomènes qu'est due sans doute l'apparition dans les gaines de nombreuses cellules vectrices chargées de pigment hématique.

Outre l'atrophie simple, la dégénérescence hyaline marque la régression vasculaire.

Dans quelques cas, les artères du pallidum sont atteintes de calcification ou pseudo-calcification de la média ; ce phéno-

mène prend un caractère nettement pathologique dans un cas où il altère de nombreuses artères et à un degré prononcé au point de détruire la paroi.

Plus frappants encore sont les processus d'hyperplasie vasculaire. Ils produisent parfois dans la pie-mère des plaques d'angiomatose que nous avons déjà décrites dans les publications précédentes, et constituées par des amas de nombreux vaisseaux voisinant avec des lacs hémorragiques.

Dans certains cas, l'adventice subit une prolifération en masse et cercle de tissu dense les autres parois. Nous avons vu ce processus développé au point que des petites artères en étaient totalement oblitérées. Ce phénomène se manifeste également dans les vaisseaux corticaux. Ici, les noyaux sont parfois augmentés en nombre à un degré tel que les vaisseaux apparaissant comme un boudin grossier, épais et très coloré, semble au faible grossissement atteint d'infiltration. Certaines de ces images font penser à l'endartérite syphilitique des petits vaisseaux du cortex.

Le caractère hyperplasique de ces altérations est mis nettement en évidence dans un cas où un précapillaire nous montre des mitoses dans plusieurs des noyaux de sa paroi.

Un point qui nous paraît important est l'infiltration de l'adventice et des gaines ; ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, ce processus reste discret, mais il existe réellement dans plusieurs vaisseaux méningés et cérébraux. Les éléments qui y prennent part sont des cellules lymphoïdes et des mononucléaires.

Nous ne dirons rien des lésions des cellules ganglionnaires (fonte colossale avec réactions gliale ; zones désertiques) et peu de choses de la neuroglie : signalons seulement l'hyperplasie gliale, parfois très accentuée, en bordure des vaisseaux dans la substance blanche, et dans de nombreux cas, la prolifération de l'épendyme qui forme des villosités et des enclaves dans le tissu sous-jacent.

Enfin, il nous reste à faire remarquer que les diverses lésions ci-dessus décrites se répartissent diffusément : le cervelet, le bulbe, les noyaux de la base sont atteints aussi bien que le cortex.

*
**

Tels sont les éléments principaux qui se présentent le plus souvent dans les images histo-pathologiques des pièces que

nous avons examinées. Quelle est leur signification ? On ne peut dire qu'elles soient une simple réaction à une atrophie dégénérative du parenchyme cérébral ; cette interprétation serait acceptable s'il s'agissait pour la pie-mère par exemple d'une simple fibrose. Mais les caractères de ce processus histologique sont tels qu'il faut le considérer comme étant de nature inflammatoire réalisant un complexe de méningo-encéphalite. Rien cependant ne nous indique l'agent en cause, aucune des altérations n'ayant un caractère spécifique.

D'autre part, le caractère ancien de ces lésions et leur similitude, malgré la diversité de la cause de la mort, écartent l'hypothèse d'une action de la maladie terminale.

Enfin se pose le problème important de la relation de ces faits anatomiques avec la maladie démence précoce. Sans doute, c'est par l'accumulation des observations que cette question trouvera sa solution définitive, mais dès maintenant nous croyons qu'il n'est pas légitime de ne pas tenir compte de lésions de cette importance présentant cette constance et de les attribuer purement et simplement, sans raisons fondées, à des infections ou intoxications « surajoutées ». Nous estimons en outre qu'elles pourraient être de nature à expliquer certains troubles neurologiques et neuro-végétatifs qui se produisent si souvent chez les déments précoces (syncopes, convulsions épileptoïdes, etc.).

(Laboratoire de la Clinique psychiatrique)

Prof. Laignel-Lavastine (de Paris) demande des précisions sur la modalité et la durée de la maladie chez les sujets qui avaient de grosses pertes de substance dans leur encéphale. En effet, avec Gorgoulescu, il a publié trois cas de démence catatonique qu'il observa pendant 8 à 10 ans et à l'autopsie desquelles il trouva ces grosses pertes de substance prédominant dans les noyaux centraux. Il pense qu'il y a lieu de grouper ces faits à part à d'essayer d'en faire une forme anatomo-clinique.

Des hallucinations dans l'hypertension cranienne

par MM. Riser et Ducoudray (de Toulouse)

Nous avons relevé la présence d'hallucinations diverses chez cinq malades atteints d'hypertension cranienne.

Quatre de ces malades étaient porteurs de tumeurs cérébrales vérifiées :

1° Un méningiome de la portion antérieure de la faux comprimant les deux lobes frontaux. Les hallucinations étaient des hallucinations auditives verbales.

2° Un gliome du lobe frontal droit. Les hallucinations étaient auditives verbales ; il y avait aussi quelques rares hallucinations visuelles.

3° Une métastase osseuse comprimant le lobe pariétal droit d'une manière minime et s'accompagnant d'hallucinations auditives, d'hallucinations visuelles et d'hallucinations olfactives.

4° Un abcès encapsulé pseudo-tumoral de l'hémisphère cérébelleux gauche par endocardite évoluant à bas bruit et s'accompagnant d'hallucinations visuelles.

Dans un dernier cas que nous nous proposons de rapporter plus longuement, des hallucinations auditives très abondantes et remarquablement nettes accompagnaient une distension ventriculaire considérable due à un placard de méningite séro-kystique engainant le bulbe et le pont.

Dans ces cinq cas, l'hypertension cranienne, de mécanisme variable, était importante.

Observation. — M. Fig..., 41 ans, est hospitalisé le 4 janvier 1932 pour céphalées occipitales très pénibles, quelques vomissements en fusée, douleur et raideur du rachis, ébauche de torticolis, cependant, la tête n'a jamais été immobilisée plus de une ou deux heures dans une attitude fixe. Toute la colonne cervicale est douloureuse à la pression et surtout quand on tente de pencher la tête en arrière. Les vomissements coïncident toujours avec de grandes crises de céphalées et de rachialgie cervicale.

Il n'y a pas d'autres symptômes cliniques, en particulier, pas de contractures des muscles paravertébraux ni de troubles de la marche. L'état général est excellent, il n'y a pas de fièvre.

Les radiographies montrent l'intégrité complète du rachis cervical, en même temps que l'examen oculistique indique, le 8 janvier : inégalité pupillaire : Pd supérieure à Pg, réflexes normaux, stase papillaire droite et gauche considérable, mais déjà au début de la période de régression, des hémorragies anciennes en voie de résorption. Acuité visuelle 9/10e à droite et à gauche ; champs visuels normaux ; la tension artérielle rétinienne ne peut être prise (Dr de St-Martin).

L'appareil cardio-vasculaire est normal : T.A., 17-9, azotémie, 0 gr. 14, ni œdèmes, ni albuminurie.

L'examen oto-rhino-laryngologique ne montre rien de spécial (Dr Rigaud).

Le diagnostic de syndrome d'hypertension cranienne par tumeur de la fosse postérieure paraissait probable, malgré l'absence de signes vestibulo-cochléaires et cérébelleux, l'intégrité des Ve, VIe, VIIe, IXe, Xe, XIe et XIIe paires.

Un repérage ventriculaire pratiqué par le Dr Stillmunkès, par voie rachidienne montre : *a*) un liquide céphalo-rachidien hypertendu (30 en position horizontale), mais peu modifié : albumine : 0 gr. 40, cellules : 3, B.-W. et benjoin colloïdal négatifs ;

b) des ventricules latéraux accessibles d'emblée (donc, pas de blocage ventriculaire) et également dilatés.

Cependant, c'est une craniectomie temporo-pariétale large, qui est pratiquée d'urgence le 12 janvier (Pr Ducuing).

Cette intervention est bien tolérée, mais soulage peu le malade qui souffre toujours de céphalées et de vomissements. Il sort le 22 février. Il est ramené d'urgence une semaine après.

Pendant le mois de mars, M. Fig... souffre moins, semble-t-il, et les vomissements sont plus rares, aucun signe neurologique nouveau n'est apparu ; tous les nerfs craniens (sauf le II D et G), les grandes fonctions de la motricité, de la sensibilité, du tonus, de la coordination sont indemnes. Mais le malade est devenu extrêmement halluciné, et, pour cette raison, agité.

Les hallucinations sont très fréquentes, survenant à toutes les heures du jour et de la nuit, elles sont rarement visuelles et surtout auditives : M. Fig... est appelé par sa femme, ses enfants, ses amis qui sont, dit-il, dans la cour, derrière la porte. Il les entend avec une force, une précision, une netteté extrêmes qui le font bondir de son lit, se précipiter aux fenêtres, répondre, engager des dialogues. Les appels sont pressants, fortement affectifs : « Viens vite, abandonne les médecins, nous t'aimons, nous ne voulons pas te perdre, nous te soignerons bien, tu nous manques », etc... La voix de l'épouse et du frère sont particulièrement pres-

santes, bien frappées. Une certaine amnésie de fixation, une légère confusion estompent les orientations exactes ; l'autocritique est diminuée, la conviction du malade dans ses hallucinations est entière. Le malade bondit à minuit hors de son lit pour répondre à sa femme. « Mais elle ne peut entrer à la clinique à minuit », lui dit-on. « Bien sûr que si, puisque je l'entends qui m'appelle. » « C'est la maladie qui vous fait entendre sa voix. » « Bien sûr que non, cette voix est bien trop à elle. » A aucun moment, le malade n'a édifié sur ses hallucinations le moindre système délirant. Peu à peu, la confusion s'est accentuée jusqu'à provoquer une obnubilation intense.

Une seconde intervention est tentée le 18 mars.

L'anesthésie de la région occipitale est pratiquée à grand'peine, mais l'agitation du sujet rend l'acte opératoire impossible. On essaie quelques bouffées d'éther et 3 cc. de somnifère intra-veineux. Dix minutes après, une syncope respiratoire emporte Fig... malgré tous les soins.

Le cerveau est formolé deux heures après. A l'autopsie, après bascule des lobes frontaux, on voit une plage d'arachnoïdite blanche, kystique, occupant la région interpédonculaire, pontine et bulbaire. L'examen plus détaillé montre une méningite séreuse kystique de la base engaînant les nerfs craniens des IIIe aux XIIe paires et obstruant les trous de Luschka et Magendie, une grosse hydrocéphalie interne en est la conséquence. L'examen le plus minutieux a montré l'absence certaine de tumeur cérébro-méningée. L'examen histologique n'a pu préciser la nature de cette plaque de méningite basilaire de structure fibreuse banale ; la syphilis n'est pas probable.

L'écorce des différents secteurs et particulièrement de la région temporo-pariétale a été minutieusement étudiée. On a mis en évidence les lésions habituelles des hypertensions ventriculaires : parenchyme « condensé » dans l'ensemble avec raréfaction cellulaire, nombreuses figures de cytolyse banale.

En résumé, on ne saurait nier l'intérêt des troubles mentaux au cours des tumeurs cérébrales ni la valeur considérable des précisions établies par Henri Baruk. Cependant la valeur séméiologique localisatrice des hallucinations est très douteuse dans les tumeurs cérébrales. Nous les retrouvons dans des cas extrêmement variés et sans lien commun, sauf celui de l'hypertension cranienne ; bien plus, elles peuvent se manifester en dehors de toute lésion en foyer, au cours de l'hydrocéphalie interne par méningite basilaire tout à fait localisée comme dans le cas inédit que nous rapportons.

Dr Baruk (de St-Maurice, Seine). — La si intéressante communication de mon ami Ducoudray apporte des faits très suggestifs sur certaines hallucinations à contenu psychique riche, et même avec une forte charge affective, au cours de certaines tumeurs cérébrales ou de l'hypertension intracranienne. Sans doute, en pareil cas, il ne faut pas tirer des conclusions localisatrices. Mais, comme j'y ai insisté à maintes reprises, il faut, dans les tumeurs cérébrales et l'hypertension intracranienne, distinguer plusieurs variétés d'hallucinations : les unes, comme certaines hallucinations visuelles qui se produisent strictement dans le champ de l'hémianopsie, sont vraiment en rapport avec des atteintes anatomiques localisées des voies optiques ; les autres à manifestations oniriques sont parfois liées à des lésions des centres du sommeil ou des centres de la base ; les troisièmes, enfin, plus complexes, plus intriqués avec la personnalité, comme celle que vient d'exposer Ducoudray, semblent liées à des perturbations cérébrales diffuses et à l'hypertension intracranienne.

Mesmer et la suggestion

par M. J. Lévy-Valensi (de Paris)

Depuis que les hommes observent des malades, ils ont constaté que certains d'entre eux ont vu leurs maux créés par des facteurs moraux et guéris par les mêmes causes. La foi, la crédulité populaire ont fait intervenir les divinités ou les démons, les médecins en général, ont eu une autre conception.

« Les Temples d'Esculape, écrit Galien, nous fournissent la preuve que beaucoup de malades graves peuvent guérir uniquement par la secousse qu'on imprime au moral. »

Cette secousse morale, les temps modernes, surtout depuis Liébault et Bernheim, la nomment suggestion. Avant eux, les termes le plus communément employés sont ceux d'imagination et d'imitation. Plutarque nous montre les filles de Milet se suicidant par imitation jusqu'à la menace de l'exposition des corps nus sur la place publique.

Jean Wier qui au XVI[e] siècle prend la défense des sorciers et des sorcières voués au bûcher, a parfaitement vu la suggestion inconsciente de l'inquisiteur.

Lorsque, au XVII[e] siècle, Urbain Grandier est accusé par les Ursulines de Loudun, les médecins Duncan et Quillet qui ont dépisté la simulation ont certainement reconnu le rôle de l'imitation et Grandier lui-même et l'archevêque de Bordeaux, Sourdis demandent le séquestre, c'est-à-dire l'isolement des possédées que plus tard Laubardemont leur accordera, mais dans des conditions odieuses de partialité. Philippe Hecquet, dans son livre sur le Naturalisme des Convulsions, a également bien mis en lumière le rôle de l'imagination sur les convulsionnaires de Saint-Médard.

Lorsque Mesmer va entrer en scène, les esprits éclairés sont bien avertis du rôle déclanchant comme de l'action curatrice de la suggestion, et chaque fois que le médecin souabe affichera un succès, ses adversaires de lui répondre : imagination, imitation ou même mystification ! Il est probable que telle était l'opinion des médecins de Vienne, de Stoerck, médecin de

l'Empereur, de Reinlein, médecin de l'hospice des espagnols, en présence des miracles de l'hôtel de la Landstrasse, devant les cures de ces malades qui, les pieds dans le bassin de marbre du jardin et cramponnés aux arbres par des cordes, guérissaient au son de l'harmonica.

Quand Mesmer, plus heureux en Bavière, aura guéri le conseiller littéraire Osterwald « d'une paralysie avec cécité par goutte sereine presque complète, si les savants ricanent : imagination, le Conseiller répond avec humour et bon sens : « Si quelqu'un voulait soutenir que ce qui m'est arrivé avec mes yeux n'est qu'imagination, je le lui concède volontiers et n'exige d'aucun médecin du monde autre chose que de réussir à me faire imaginer que je suis guéri... »

Quand Mesmer arrive à Paris, au début de 1778, ceux qui ne le considèrent pas comme un vulgaire charlatan, parmi ses contradicteurs, invoquent encore imitation et imagination.

Fait curieux, dans ses « Observations sur le Magnétisme animal », parues en 1780, Deslon, alors le collaborateur et le porte-parole de Mesmer ne rejette pas tout à fait la part de l'imagination :

> « Si M. Mesmer n'avait d'autre secret que celui de faire agir efficacement l'imagination sur la santé, n'en aurait-il pas toujours un merveilleux ? Car si la médecine d'imagination est la meilleure, pourquoi ne ferions-nous pas de la médecine d'imagination ? »

Deslon fera quatre ans plus tard un autre aveu rapporté par Bailly dans son célèbre rapport : « M. Deslon ne s'éloigne pas de ces principes. Il a déclaré, dans le comité tenu chez M. Franklin, le 19 juin, qu'il croyait pouvoir poser en fait que l'imagination avait la plus grande part dans les effets du magnétisme animal ; il a dit que cet agent nouveau n'était peut-être que l'imagination elle-même, dont le pouvoir est aussi puissant qu'il est peu connu ; il assure avoir constamment reconnu ce pouvoir dans le traitement de ses malades, et il assure également que plusieurs ont été guéris ou infiniment soulagés. »

Mais, en 1784, Deslon, chez qui on contrôle officiellement le Mesmérisme, est devenu le rival de Mesmer qui dans sa requête au Parlement du 31 août le désavoue comme « disciple et comme interprète », l'accusant d'avoir « indignement prostitué sa doctrine ».

Le 2 mai 1784, le grand chimiste Berthollet, l'un des adhérents à la Loge de l'Harmonie, a, au bout de quinze jours d'initiation, renversé le baquet déclarant *urbi* et *orbi* que le magnétisme animal n'est qu'imagination, imitation et action mécanique des frictions.

C'est aux mêmes conclusions qu'aboutissent les deux commissions nommées par Louis XVI, les 12 mars et 5 avril 1784, la première, prise dans l'Académie des Sciences et qui compte parmi ses neuf membres, Franklin, Bailly, Lavoisier et Guillotin ; la seconde, nommée dans la Société Royale de Médecine, et dont le seul membre illustre, parmi les cinq désignés, est Laurent de Jussieu qui d'ailleurs se montrera dissident.

Les commissaires, cela se devine à la lecture des rapports des 11 et 16 avril, sont hantés par le rôle qu'ils pressentent de l'imagination et de l'imitation. Sous des prétextes de déférence vis-à-vis des patients, ils s'éloignent à l'ordinaire des salles publiques et expérimentent chez Franklin à Passy, chez Lavoisier à l'Arsenal, chez les médecins de la Commission, mais non à la Clinique de Deslon.

Ils essayent le magnétisme sur eux-mêmes, gens suggestibles, sur le secrétaire et les deux nièces de Franklin, mais ni baguette, ni baquet ne donnent autre chose que les phénomèns dus à l'introspection sur laquelle le rapport insiste judicieusement.

On remarque ensuite que les humbles plus suggestibles donnent un pourcentage de magnétisables plus grand que les gens distingués. Enfin, en bandant les yeux aux sujets qui ne peuvet plus voir le magnétiseur, on arrive à des résultats incohérents. Le fluide magnétique est condamné et c'est en vain que l'avocat général Servant mué en défenseur allèguera dans ses « Doutes d'un Provincial » que l'imagination est un effet du fluide.

Mesmer, condamné en août 1784, devait voir en mai de la même année sa doctrine subir une évolution sensationnelle avec la découverte par Puységur du somnambulisme artificiel, application inconsciente de la suggestion par un amateur non médecin. Mesmer, dans son Mémoire de 1799 s'attribuera la connaissance de ce *sommeil critique,* mais en vérité il paraît l'avoir sinon ignoré du moins méconnu.

On peut se demander si Mesmer croyait au fluide magnétique, s'il ne connaissait pas, en l'espèce, le pouvoir, le seul

réel, de la volonté du magnétiseur sur le malade ? Un doute plane. Cependant, d'après Deleuze, le plus jeune des frères Puységur, l'officier de marine qui magnétise les marins de son unité, a un jour la révélation de la réalité. Il va en rendre compte à Mesmer qui lui fait jurer de garder le silence.

Quand bien même, Mesmer aurait fait de la suggestion sans le savoir, sa participation demeurerait grande à cette méthode thérapeutique. A travers Puységur, Deleuze, l'abbé Faria, Bertrand, le général Noizet, Husson, Richet, Charcot, Liébault et Bernheim, le Mesmérisme arrive jusqu'à nous. Elimination faite, et sans comparaison d'ailleurs, des somnambules extra-lucides et liseurs de pensée, du spiritisme et de la radiesthésie, la suggestion est représentée aujourd'hui par la Christian Science, le pithiatisme de Babinski, la psychothérapie sous toutes ses formes et, je m'excuse de cette opinion hérétique, la méthode psychanalytique.

Dédoublement de la personnalité et hystéro-épilepsie utilitaire

par M. Aug. Ley (de Bruxelles)

Il me paraît utile de rapporter, au cours de ce Congrès, le cas bien intéressant d'une malade, difficile à classer et qui, longtemps observée, a présenté les manifestations typiques mais désuètes de l'hystérie avec dédoublement de la personnalité.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, que j'observe depuis 19 ans. Les troubles ont débuté à l'âge de 24 ans. Son hérédité n'offre rien que de banal. Femme de chambre à Bruxelles, elle devint, au début de la guerre, bizarre, nerveuse, parlait seule la nuit, et voulait quitter ses patrons. On la renvoie en Flandre, dans sa famille. Mais son village, situé dans l'étape allemande, fut violemment bombardé par des avions anglais. Elle fit une fugue vers Bruxelles, où elle arriva exténuée, après avoir parcouru à pied une soixantaine de kilomètres et interpella d'un air égaré un agent de police, en lui racontant qu'un officier aviateur allemand, dont elle donnait avec complaisance le signalement, l'avait amenée en aéroplane. Elle ne donnait pas son identité et paraissait ignorer la ville où elle se trouvait.

Elle entra dans mon service de l'hôpital St-Jean, où elle montra à toute évidence un état d'onirisme hystérique avec un dédoublement de la personnalité si caractéristique qu'elle fut rapidement surnommée Félida. Elle présentait en effet les manifestations décrites chez cette malade par Azam et rapportées en détail par Ribot dans les « Maladies de la Mémoire ».

Nous eûmes après quelque temps le spectacle de divers passages d'une personnalité première, durant laquelle Marie se présentait dans son état normal et se trouvait être la jeune femme de chambre calme et douce qui connaissait fort bien son identité, sa famille et les lieux où elle se trouvait, à une personnalité seconde comportant une malade excitée, rieuse,

puérile, amnésique, racontant toujours son arrivée à Bruxelles en avion, conduit par un officier allemand. Une anesthésie cutanée s'étendant aux muqueuses et notamment aux muqueuses génitales, vérifiée par de nombreuses explorations et des contrôles répétés s'est toujours montrée de façon régulière pendant l'état second. Elle disparaissait immédiatement lors du passage à l'état premier. Ce passage se faisait brusquement et le plus souvent après une petite crise convulsive d'allure hystériforme sans systématisation, mais aussi sans grandes manifestations théâtrales. L'attitude en opisthotonos était fréquente.

Il est à noter que cette jeune personne, peu instruite, n'avait jamais rien lu concernant l'hystérie, n'avait jamais vu de convulsivants, ne possédait aucune connaissance de la mythologie psychanalytique. Seul un contact avec une cartomancienne et des lectures concernant les mystères du spiritisme l'avaient contaminée.

Elle fit, durant les années qui suivirent, onze séjours successifs de quelques mois à l'hôpital. Ultérieurement, nous vîmes se développer, comme chez Miss Beauchamp (Morton Prince), un état intermédiaire au cours duquel la malade participait des deux personnalités citées. Au cours de ce troisième état, elle se montrait particulièrement puérile, ayant adopté le langage et les manières d'une toute petite fille. L'amnésie, l'onirisme et l'anesthésie étaient moins complets dans l'état intermédiaire.

Chaque fois que nous avons pu déterminer la cause de la crise de dédoublement, toujours s'est montré plus ou moins évident le facteur *utilitaire*. Marie se réfugiait dans sa personnalité seconde dès que survenaient dans sa vie des difficultés ou des émotions pénibles.

A titre d'exemple, la première crise traduit son désir d'échapper au bombardement, une seconde très violente se produisit au bureau allemand des passeports lorsqu'on voulait la renvoyer de force dans son village et c'est à l'hôpital qu'on dut la conduire. Une troisième se produisit après une discussion de famille avec un de ses frères, une autre après une rencontre de son ancien amoureux, qui l'avait abandonnée, et qui se promenait ayant au bras une autre jeune fille. Une autre, encore plus typique, se produisit le soir de son mariage. Elle avait fait la connaissance d'un receveur de tramway et l'épousait résignée et sans amour. Après le repas de noces, au

moment où la famille quittait les jeunes époux, Marie fit en public, place de la Bourse, une crise d'hystérie à grand fracas, et vint passer seule sa nuit de noces dans mon service. La réaction de défense est ici très caractéristique, avec refuge dans la maladie pour échapper à une situation sexuelle redoutée.

Ultérieurement encore, et après des épisodes divers, elle organisa — au cours d'états oniriques amnésiques — des manifestations mystérieuses de « maison hantée ». Des transferts d'objets se produisaient couramment dans son appartement, de l'argent passait chez la voisine, qui trouvait un billet de vingt francs inattendu dans sa tartine, le rôti sortait du four, les pommes de terre de la casserole, et l'on retrouvait des aliments à des places bizarres, des meubles et des cadres se déplaçaient, des guirlandes faites de coupons d'étoffe garnissaient la chambre. Mais un jour la police arrêta Marie au moment où elle venait de voler, dans un grand magasin, une pièce d'étoffe qui devait servir à l'ornementation mystérieuse de son appartement. Prise d'une forte crise au moment de son arrestation, elle fut à nouveau amenée dans mon service, et d'ailleurs renvoyée des poursuites.

Malgré cela, la maison continua d'avoir mauvaise réputation ; les voisins n'aimaient pas d'en parler et une bénédiction par des Pères Capucins eut lieu pour exorciser la place.

Depuis ces quatre dernières années, les crises prennent une allure plus exclusivement motrice et firent songer à l'épilepsie. C'est le diagnostic qui fut posé à l'Hôpital Brugmann, où la malade a séjourné à diverses reprises.

On s'étonnait cependant des faits suivants :

1. La crise est loin d'être typiquement épileptique, elle se produit généralement sans énurésis et sans morsure de la langue.

2. Elle n'est pas influençable par l'hyperpnée.

3. L'épreuve thérapeutique par les antiépileptiques classiques n'a rien donné (bromure, gardénal).

4. La température est identique avant et après les accès.

5. Les crises ont à diverses reprises cessé complètement lorsque la malade avait un vif désir de sortir de l'asile.

6. Les recherches concernant une épine organique quelconque : radiographie du crâne, analyse du liquide céphalo-rachidien, examens de laboratoire et de clinique très complets sont restés complètement négatifs.

7. La malade ne présente ni le caractère hystérique (ni coquette, ni vaniteuse, ne cherchant pas à se faire remarquer), ni le caractère épileptique. Elle est douce, calme, avenante, travailleuse.

8. Elle n'est pas pathologiquement suggestible et le sommeil hypnotique n'a jamais pu être obtenu.

Récemment, elle a dû, à cause de ses crises motrices répétées, être internée dans un asile en province. Elle y vit calme et sans qu'une évolution démentielle ou psychosique quelconque se fasse pressentir. Elle travaille régulièrement et n'a aucun conflit avec son entourage.

Elle se borne à faire des crises motrices qui font sourire le personnel, qui durent parfois toute une demi-journée et au cours desquelles elle se mord souvent les bras. Rarement se produit de l'énurésis. La température est toujours identique, après comme avant les crises, même longues.

Lorsqu'on connaît sa situation sociale actuelle, on apprend que son mari est lui-même interné dans un asile et qu'elle se trouve par conséquent sans appui ni ressources matérielles. Est-ce là l'origine utilitaire de ses crises motrices ? Il est permis d'y songer.

Des cas de ce genre nous laissent à penser que l'hystérie est un cadavre récalcitrant et qu'il n'est pas l'heure encore de la rayer du cadre nosologique.

Il est évidemment commode de tenir ceux qui l'observent pour des psychiatres naïfs, victimes de rusés simulateurs.

Rappelons qu'Auguste Comte a voulu rayer ainsi la psychologie du cadre des sciences. Elle ne s'en est pas plus mal portée.

On a voulu aussi supprimer l'attention comme fonction psychique. On n'y est point arrivé.

Convenons qu'il existe encore pour nous pas mal de choses obscures et ne résolvons pas les difficultés en les supprimant.

Si l'hystérie chez notre malade apparaît comme un processus de défense, avouons que tout le monde ne se défend pas ainsi et qu'il semble bien exister chez elle une constitution spéciale avec réactions mythomaniaques et mythoplastiques très particulières, dont le substratum nous échappe.

Gardons, pour classer provisoirement ces cas, l'appellation synthétique d'hystérie désignant les troubles d'allure nettement psychogène et permettons à ceux qui aiment à se faire comprendre de recourir encore à ce bienfaisant vocable.

Professeur Vermeylen (de Bruxelles). — La très intéressante malade que vient de décrire M. le professeur Ley semble avoir évolué les dernières années. Le caractère épileptique de ses crises actuelles ne semble pas douteux. Ces crises s'accompagnent parfois de traumatisme, il y a de la rigidité pupillaire et du Babinski. D'autre part, l'épreuve de l'hyperpnée n'a rien donné, pas plus que les tentatives de suggestion qui l'ont accompagnée. Ce cas me semble avoir évolué dans le sens d'une épilepsie affective de Bratz. Elle a l'intérêt de montrer une affection longtemps fonctionnelle et qui pouvait être rattachée à l'hystérie, prendre de plus en plus une allure qui fait soupçonner une base organique.

Chronaxies vestibulaires et neuro-musculaires dans quelques cas d'hystérie

Par M. Georges Bourguignon

Electro-Radiologiste de la Salpêtrière,
Directeur du Laboratoire d'Electrophysiologie
de l'Ecole Pratique des Hautes Etudes

Introduction

Il y a longtemps que je suis préoccupé de la question de savoir comment se comporte la chronaxie dans l'hystérie, puisque la plus vieille observation que j'aie prise à ce sujet est du 22 avril 1921. Malheureusement, depuis cette observation, je n'ai eu qu'un petit nombre de malades de cette sorte à examiner. Aussi avais-je prié le Dr Baruk de ne faire d'autre allusion à mes recherches dans son rapport que celle qu'il y a faite, mais j'ai eu depuis à examiner 4 nouveaux cas, chez qui j'ai pu, grâce à tout ce que j'ai fait maintenant en physiologie chronaxique, faire une étude beaucoup plus fructueuse et me faire une idée des variations de la chronaxie dans l'hystérie.

Contrairement donc à ce que, sur ma demande, Baruk a mis dans son rapport, je me suis résolu à apporter dès maintenant mes résultats à notre Congrès et à y exposer mes idées actuelles.

Depuis avril 1921 jusqu'à maintenant, j'ai examiné 15 malades. Chez 8 d'entre eux, dont 4 antérieurs à 1931 et 1 de 1935, je n'ai étudié que les chronaxies musculaires ; chez 2 autres de 1931 et 1933, je n'ai étudié que la chronaxie vestibulaire ; chez les 5 derniers, dont 2 en 1934 et 3 en 1935, j'ai étudié à la fois les chronaxies musculaires et les chronaxies vestibulaires.

Au point de vue des chronaxies musculaires, ce sont les 6 observations de 1934 et 1935 qui sont les plus importantes, parce qu'elles sont les plus complètes et que les muscles examinés ont été mieux choisis.

I. — Chronaxies vestibulaires

1) *Technique.* — Chez mes 2 malades de 1931 et 1933, j'ai mesuré la chronaxie vestibulaire par la méthode d'excitation bi-auriculaire.

Chez mes 5 malades de 1934 et 1935, j'ai appliqué la méthode d'excitation mono-auriculaire que j'ai créée en 1934 et qui permet d'exciter isolément chaque labyrinthe (1). Avec cette méthode, chez les sujets normaux, on trouve 2 chronaxies vestibulaires, l'une pour l'inclinaison du côté excité (pôle + dans l'oreille), qui est toujours la même que dans l'excitation bi-auriculaire, soit 12 σ à 22 σ (2), l'autre pour l'inclinaison du côté opposé (pôle — dans l'oreille), qui diffère toujours de la 1re de 10 à 20 % et est plus grande ou plus petite qu'elle, suivant les sujets.

2) *Observations.* — Les 7 malades examinés avaient tous des chronaxies vestibulaires altérées. Chez l'un d'eux, que j'ai pu suivre pendant 7 mois, j'ai trouvé des chronaxies vestibulaires différentes suivant les conditions du moment.

a) Malades examinés avec la méthode bi-auriculaire.

Obs. I. — Mme B. Cl., 55 ans, soignée par le Dr Baruk.

Crises d'hystérie consistant en mouvements brusques de flexion et extension de la tête, accompagnés d'un véritable aboiement et se terminant par une crise de larmes.

Des examens successifs dans des conditions psychiques variées montrent la variabilité de la chronaxie vestibulaire avec l'état du moment.

En effet, de 68 σ immédiatement avant une crise le 27 janvier 1933, la chronaxie vestibulaire était passée à 172 σ pendant une crise (3 février 1933), pour revenir à la normale (22 σ) pendant une période d'état psychique normal du 17 mars au 26 mai 1933, puis descendre au-dessous de la normale (2 σ à 7 σ, 6) pendant une période d'angoisse par crainte d'avoir de nouvelles crises du 21 au 31 juillet 1933.

---

(1) G. Bourguignon. — Double inclinaison et double chronaxie vestibulaire par excitation mono-auriculaire chez l'homme. *Soc. de Biologie*, séance du 21 juillet 1934.

(2) Le σ désigne le 1/1.000 de seconde. La chronaxie vestibulaire normale est comprise entre 12 σ et 22 σ.

Obs. II (1). — Mme D. Cl., 40 ans. Soignée par le Dr Baruk.

En 1925, crise de sommeil cataleptique, suivie de monoplégie hystérique. Guérison rapide.

En mars 1931, crises de tremblement et amaurose hystérique pendant 7 mois. Guérison en novembre 1931. N'est malheureusement pas revenue pour la mesure de la chronaxie vestibulaire après sa guérison.

Chronaxie vestibulaire le 30 octobre 1931 : amaurose depuis 7 mois, 160 σ.

b) Malades examinés avec la méthode mono-auriculaire.

Obs. III. — M. H., J.-B., 55 ans.

Blessure par balle de la table externe du pariétal gauche près de la ligne médiane le 13 novembre 1914. Paraplégie incomplète immédiate qui s'améliore assez vite. Dans la suite, développement de crises douloureuses et marche paradoxale : peut allonger le pas en se courbant en deux ; ne marche qu'à petits pas quand il se redresse. — Légère épine organique : réflexe rotulien droit un peu plus vif que le gauche ; réflexe contro-latéral des 2 cuisses, plus important à gauche. Réflexes cutanés abdominaux et crémastériens vifs des 2 côtés. Réflexe plantaire en flexion des 2 côtés.

Les chronaxies vestibulaires, mesurées le 5 novembre 1934, 20 ans après la blessure, sont diminuées : Pôle + dans l'oreille : 2 σ, 08 à droite ; 1 σ, 92 à gauche ; — Pôle — dans l'oreille : 2 σ, 96 à droite ; 3 σ, 08 à gauche.

Les 4 derniers malades ont tous les chronaxies vestibulaires augmentées : je n'en donne qu'un exemple.

Obs. IV (2). — M. M. A., 31 ans, malade du Dr Baruk.

A la fin de 1931, chute dans un escalier. Développement consécutif d'une contracture des 2 membres inférieurs. Guérison brusque à la suite d'un pèlerinage en août 1933. Revient alors de Liége à Paris à pied en 1 mois. Tombe en arrivant à Paris, et, depuis, n'a plus marché.

---

(1) Citée par Baruk. Rapport pp. 105 et 125, et publiée *in* H. Claude, G. Bourguignon et H. Baruk. *Annales Médico-Psychologiques,* n° 5, déeembre 1932.

(2) Citée par H. Baruk. Rapport, page 107 et fig. VII, VIII, IX et X, et publiée par H. Baruk et R. Kourilsky, *Société Médico-Psychologique,* janvier 1935.

Antérieurement, depuis 10 ans environ, le malade se plaignait d'étouffer et d'avoir des vertiges.

Au moment de l'examen, contracture des 2 membres inférieurs, en extension à droite et en flexion à gauche.

Chronaxies vestibulaires, le 16 octobre 1934, nettement augmentées : Pôle + dans l'oreille : 44 σ des 2 côtés ; Pôle — dans l'oreille : 76 σ à droite ; 72 σ à gauche.

3) *Discussion.* — En résumé, tous les malades examinés ont des chronaxies vestibulaires altérées, et presque toujours augmentées.

Les malades des observations I et III sont les seuls qui aient une diminution de la chronaxie vestibulaire. Dans l'observation I, cette diminution n'a été que passagère. Je ne puis affirmer qu'elle n'était pas passagère chez le malade III comme chez le malade I, parce que je n'ai pu faire chez lui des examens successifs comparatifs. Cependant, il y a lieu de penser, vu l'état clinique, que la diminution de la chronaxie était permanente.

Il faut remarquer que le malade de l'observation III est un cas très invétéré, puisque son attitude vicieuse et sa démarche paradoxale datent de 20 ans. Je ne puis m'empêcher de rapprocher ce fait de ceux que j'ai publiés avec H. Claude et H. Baruk (1), à propos de la chronaxie vestibulaire dans le sommeil cataleptique, où ce sont les malades les plus profondément atteints qui ont une diminution de la chronaxie vestibulaire, alors que les moins touchés ont une augmentation (60 σ à 90 σ), du même ordre de grandeur que chez nos malades (50 σ à 76 σ chez la plupart, 160 σ dans le cas spécial d'amaurose de l'obs. II).

La malade de l'observation I est particulièrement intéressante, parce qu'elle a des variations de la chronaxie vestibulaire rigoureusement parallèles à celles de son état mental : chronaxie normale dans les bonnes périodes, modérément augmentée immédiatement avant ou après une crise et très augmentée pendant les crises, comme dans la catatonie et le sommeil cataleptique ; ces faits sont à rapprocher de ce qu'on observe dans la tétanie où, suivant que le sujet est loin de toute crise, en imminence de crise ou en état de crise, les

---

(1) H. Claude, G. Bourguignon et H. Baruk. — *Annales Médico-Psychologiques*, n° 5, décembre 1932.

chronaxies musculaires sont normales, légèrement augmentées ou momentanément très augmentées. On peut dire que la chronaxie traduit véritablement le degré du trouble mental dans l'hystérie, comme la chronaxie musculaire traduit le degré de l'intoxication dans la tétanie.

Enfin, les phénomènes sont les mêmes dans les cas d'hystéro-traumatisme (obs. III et IV) que dans les cas d'hystérie d'origine non traumatique.

En résumé, l'étude de la chronaxie vestibulaire des hystériques démontre que leur système nerveux central est fortement ébranlé et que cette chronaxie permet de suivre toutes les oscillations de leur état psychique.

II. — Chronaxies musculaires

De mes premiers essais, dans lesquels je n'avais pu choisir les muscles à examiner en tenant compte des lois de la physiologie chronaxique que j'ai découvertes depuis, je n'ai pu tirer de conclusions générales. C'est pourquoi je me suis abstenu de les publier, bien que, comme Marinesco, et avant lui, j'aie trouvé d'emblée des modifications de la chronaxie.

Par comparaison avec mes observations de 1934 et 1935, que j'ai étudiées beaucoup plus complètement, j'ai pu me rendre compte qu'on retrouve, dans mes premiers cas, les mêmes phénomènes.

De l'ensemble des 13 observations dans lesquelles j'ai étudié les chronaxies musculaires, on peut dégager dès maintenant les notions générales suivantes :

1° Lorsque les malades ont des manifestations pithiatiques par crises, sans troubles moteurs dans l'intervalle des crises, les chronaxies musculaires sont légèrement augmentées ou légèrement diminuées, mais les *rapports entre les chronaxies des différents groupes musculaires fonctionnels sont normaux :* il n'y a donc aucun obstacle au fonctionnement moteur normal et l'ébranlement nerveux n'est révélé que par la valeur absolue des chronaxies musculaires et vestibulaires.

2° Lorsque, avec ou sans crises pithiatiques, les malades ont des contractures, les chronaxies musculaires se comportent différemment, suivant qu'on considère les membres qui sont le siège de troubles moteurs ou ceux qui conservent leurs fonctions motrices normales.

Là où la fonction motrice est conservée, on trouve les

modifications que je viens de décrire ; *mais, dans les membres ou les segments qui sont le siège de troubles moteurs, on trouve des modifications de chronaxie qui sont du même ordre que celles qu'on trouve dans les lésions pyramidales.* Ainsi, aux membres inférieurs, le rapport des chronaxies des muscles antérieurs et des muscles postérieurs est renversé. Cependant, la variation n'est pas toujours complète. Par exemple, à côté de cas où le rapport des chronaxies antérieures et postérieures est renversé par augmentation des petites chronaxies (muscles antérieurs) et diminution des grandes chronaxies (muscles postérieurs), on en trouve où il y a seulement augmentation des petites chronaxies ou diminution des grandes.

En même temps, la variation des chronaxies motrices s'accompagne, chez les hystériques, de variations des chronaxies sensitives, même s'il n'y a aucun trouble clinique des sensibilités objectives.

Aussi, malgré le renversement des chronaxies motrices au membre inférieur, le réflexe plantaire reste en flexion, parce que la chronaxie sensitive plantaire diminue en même temps que celle des fléchisseurs et lui reste égale. Or, j'ai démontré que l'isochronisme sensitivo-moteur est la condition essentielle de tous les réflexes normaux ou pathologiques. Quoique cliniquement le réflexe plantaire soit normal, ce réflexe en flexion est donc *pathologique* puisqu'il est conditionné par des muscles et des neurones sensitifs dont la chronaxie est anormale. C'est là ce que j'ai appelé le « réflexe en flexion pathologique », qu'on trouve même dans des lésions organiques comme dans le syndrome de Brown-Séquard, lorsque, du côté des troubles sensitifs, il y a association d'une lésion pyramidale.

Il suffit de donner un petit nombre d'exemples pour établir ces faits, tant tous ces malades se ressemblent.

Observations

1° *Crises pithiatiques sans troubles moteurs.*

Obs. V (1). — M. Cof. R., Crises de dysphagie ; aucun trouble moteur dans l'intervalle des crises. Examen du 24 avril 1935, le malade étant en état de grande amélioration.

---

(1) Citée par H. Baruk. Rapport, pages 109 et 126.

La chronaxie de tous les points moteurs est plus petite à gauche qu'à droite, et elle est diminuée pour tous les muscles à gauche et à droite, sauf pour le biceps et le court supinateur droits ; mais pour ces deux derniers muscles, la chronaxie est à la limite inférieure de la valeur normale.

Il faut aussi remarquer que, des deux côtés, *la chronaxie des nerfs est restée normale* et qu'il y a un léger hétérochronisme entre le nerf et le point moteur, qui ne dépasse pas 1/1,8. Quant au rapport entre les fléchisseurs et les extenseurs, il est resté normal, compris entre 1/2,6 et 1/3.

Ainsi, à titre d'exemples, la chronaxie du Deltoïde antérieur est de 0 σ 05 à droite et 0 σ 04 à gauche ; (normale : 0 σ 06 à 0 σ 14) ; celle du point moteur du fléchisseur superficiel, faisceau du 3e doigt, de 0 σ 15 à droite et 0 σ 12 à gauche ; (normale : 0 σ 16 à 0 σ 32) ; le nerf médian, pour le même muscle, a sa chronaxie normale des deux côtés (0 σ 16 à droite et 0 σ 22 à gauche). Les extenseurs ont une chronaxie en rapport normal avec celle des fléchisseurs : 0 σ 40 à droite pour le point supérieur du court supinateur ; 0 σ 37 à gauche pour le point supérieur de l'extenseur commun du 3e doigt ; par le nerf, la chronaxie est normale des deux côtés : 0 σ 56 des 2 côtés (chronaxie normale des extenseurs : 0 σ 40 à 0 σ 70).

Enfin, il est remarquable que, chez ce malade en période d'amélioration, la chronaxie vestibulaire est seulement légèrement augmentée (1 fois 1/2 environ la valeur normale moyenne) et un peu plus petite à gauche qu'à droite comme les chronaxies musculaires.

2° *Crises pithiatiques avec légers troubles moteurs dans l'intervalle des crises.*

Obs. VI. — Mme R. C..., 54 ans. Grandes crises d'hystérie développées progressivement à la suite d'un accident d'automobile ; céphalée et dépression nerveuse ; légère raideur du membre inférieur gauche dans la marche. Réflexe achilléen un peu plus vif à gauche ; réflexe plantaire en flexion des deux côtés. Examen du 16 mai au 9 juin, dans l'intervalle des crises.

Aux membres supérieurs, la chronaxie est augmentée de 100 % des deux côtés pour tous les muscles du segment distal, avec conservation des rapports normaux entre les fléchisseurs et les extenseurs : à titre d'exemples, la chronaxie du point moteur du fléchisseur superficiel du 4e doigt est de 0 σ 56 à droite et 0 σ 72 à gauche et celle du point supérieur de l'extenseur du 3e doigt, de 1 σ 48 des deux côtés. Au segment proximal, les chronaxies sont presque normales des deux côtés : il y a seulement une très légère

diminution de celle du long supinateur, ce qui laisse certainement le rapport des fléchisseurs et des extenseurs normaux, bien que le triceps n'ait pas été mesuré.

Aux membres inférieurs, du côté droit, qui n'a aucun trouble moteur, les chronaxies motrices et sensitives sont doublées, ce qui conserve encore les rapports normaux et particulièrement l'isochronisme sensitivo-moteur, d'où le réflexe plantaire en flexion, mais en *flexion pathologique.*

A gauche, au contraire, où il y a une légère raideur, la chronaxie est doublée dans les extenseurs des orteils et diminuée de moitié dans les fléchisseurs *comme dans les lésions pyramidales,* mais la *chronaxie sensitive est diminuée de moitié* aussi, ce qui conserve l'*isochronisme* sensitivo-moteur normal et maintient le réflexe en flexion, mais en *flexion pathologique.* Voici les chronaxies en jeu dans le réflexe plantaire :

Muscles	Chronaxies Côté droit	Chronaxies Côté gauche	Chronaxies normales
Extenseur propre du gros orteil	0 σ, 48	0 σ, 44	0 σ, 16 à 0 σ, 32
Abducteur du gros orteil	0 σ, 80	0 σ, 23	0 σ, 40 à 0 σ, 70
Nerfs sensitifs plantaires	0 σ, 76	0 σ, 31	

Chez cette malade, en état de crises répétées, les chronaxies vestibulaires sont notablement augmentées (48 σ et 56 σ).

3° *Contracture hystérique sans crises motrices, mais avec crises douloureuses.*

Obs. VII. — Mme L. M., 44 ans. Coxalgie hystérique droite avec crises douloureuses, à la suite d'une agression avec chute sur le dos du côté droit, le 15 octobre 1923. Marche avec le membre inférieur droit en adduction et rotation interne et forte ensellure lombaire. Corde des adducteurs. Radiographies nombreuses. Réflexe plantaire en flexion des deux côtés. Pleure en racontant son histoire. Examen électrique du 8 juin au 2 juillet 1935.

A la cuisse, les chronaxies sont légèrement augmentées à gauche, dépassant à peine la limite supérieure de la normale, tandis qu'elles atteignent franchement le double de cette limite supérieure du côté droit, côté de la coxalgie. Exemple :

Moyen adducteur. Point moteur : 0 σ 28 à droite, 0 σ 15 à gauche (Normale : 0 σ 06 à 0 σ 14).

Au segment distal, le rapport des chronaxies des fléchisseurs et des extenseurs est inversé des deux côtés, comme dans les lésions pyramidales, mais par variation exclusive des fléchisseurs dont la

chronaxie est le 1/4 de la normale (0 σ 11 à droite 0 σ, 10 à gauche, au lieu de 0 σ, 40 à 0 σ, 70). Le réflexe plantaire reste en flexion parce que l'isochronisme sensitivo-moteur est conservé par diminution de la chronaxie sensitive plantaire jusqu'au 1/4 de la normale (0 σ, 11 à droite, 0 σ, 10 à gauche).

4° *Observation ancienne incomplète. Crises pithiatiques et contracture.*

Pour compléter la démonstration, voici une observation prise parmi mes premiers cas incomplètement étudiés, pour montrer qu'on y retrouve l'indication de ce que j'ai vu clairement chez les derniers.

Obs. VIII. —Mlle L. J., 43 ans. Examen du 1er mars 1924.

Il s'agit d'une malade, qui, après avoir eu une première crise d'hystérie, sous forme d'un grand frisson avec tremblement en juillet 1914, à l'âge de 33 ans, au moment de la déclaration de guerre, fit d'abord des crises semblables isolées à longs intervalles (mai 1919, avril 1923), puis, à partir d'avril 1923, des crises répétées arrivant à être, en septembre 1923, de 40 à 50 par jour.

A partir de là, les crises se caractérisent par un grand frisson dans le dos auquel succèdent de violentes secousses cloniques de la tête, des membres supérieurs et du tronc. Finalement, il s'établit, dans l'intervalle des crises, une contracture des muscles du cou qui incline la tête sur l'épaule gauche. Au moment des crises, cette contracture augmente et se complique d'une contracture passagère des muscles du tronc qui l'incurve à gauche.

Les réflexes tendineux sont égaux des deux côtés, mais un peu vifs. La répétition incessante des crises cloniques rend la malade incapable de tout travail et elle est hospitalisée le 21 février 1924 à La Rochefoucauld dans le service du docteur A. Baudouin, qui me l'adresse pour examen électrique le 1er mars 1924.

L'examen des muscles du côté gauche montre une *chronaxie normale dans le sterno-cléido mastoïdien (0 σ 12) et une chronaxie augmentée de quatre fois la normale dans le trapèze cervical (0 σ 40).*

J'ai alors envoyé au docteur A. Baudouin les conclusions suivantes : « Rupture d'équilibre dans la chronaxie des muscles antérieurs et postérieurs du cou, par variation exclusive des muscles postérieurs ou, au moins, d'une partie d'entre eux. Les modifications sont de l'ordre de grandeur de celles qu'on trouve dans les troubles réflexes et dans les répercussions d'une façon générale. *On peut les trouver, d'après mes recherches en cours, dans les troubles pithiatiques.* »

Si nous rapprochons cet examen succinct des précédents, on y retrouve, comme dans les observations précédentes, une variation analogue à celle des lésions pyramidales qui, au cou et aux membres supérieurs, augmentent la différence entre les chronaxies des muscles antérieurs et des muscles postérieurs ; mais, à cette époque, je n'étais pas assez fixé encore sur l'action des centres sur la chronaxie pour tirer explicitement cette conclusion.

La rédaction de mes conclusions prouve cependant que j'entrevoyais déjà la régularité des variations de la chronaxie dans l'hystérie.

Par comparaison avec les observations d'hystérie, je possède une observation d'un simulateur pris en flagrant délit de simulation ; *chez ce simulateur, j'ai trouvé toutes les chronaxies normales,* ce qui constitue un fait très important.

Conclusions

On peut résumer cette étude sur la chronaxie dans l'hystérie dans les quelques conclusions suivantes :

1° La chronaxie vestibulaire traduit fidèlement l'état mental du moment, augmentant toujours au moment des crises et restant plus ou moins modifiée dans leur intervalle, suivant que le retour à l'état normal est plus ou moins complet.

2° La chronaxie musculaire se comporte différemment suivant l'état du malade au moment de l'examen.

a) Si le malade est en période de crises, mais sans troubles moteurs dans l'intervalle des crises, les chronaxies musculaires sont modifiées globalement dans leurs valeurs absolues, avec *conservation des rapports normaux entre les chronaxies.*

b) Quand il y a des troubles moteurs permanents, des contractures, les variations de la chronaxie rappellent celles qu'on observe dans les lésions pyramidales, *mais il s'agit d'un trouble purement fonctionnel, pouvant disparaître brusquement, comme on voit brusquement revenir à la normale, au moment du réveil, les chronaxies augmentées pendant le sommeil naturel* (1).

(1) G. Bourguignon et J. B. S. Haldane. — *Soc. de Biologie,* 22 mai 1931, t. CVIII, n° 25, p. 1365.

Ces modifications de la chronaxie traduisent certainement un trouble fonctionnel du faisceau pyramidal, comme dans les cas de démence précoce dans lesquels on trouve, passagèrement, le signe de Babinski (1).

3° En admettant l'existence de centres supérieurs psychomoteurs, comme on tend à le faire aujourd'hui, d'où partirait l'impulsion qui déclanche l'action du système pyramidal, il est facile de comprendre qu'un trouble du fonctionnement de ces centres réagit sur le système pyramidal, d'après la loi générale des répercussions. Le système pyramidal troublé agit à son tour sur la chronaxie neuro-musculaire périphérique toujours de la même manière.

La différence avec les lésions anatomiques cependant est que les modifications de la chronaxie sont plus étendues, moins localisées, dans l'hystérie, puisqu'il y a toujours, d'après mes observations complètes, modifications à la fois des chronaxies motrices et sensitives conditionnant un *réflexe plantaire en flexion pathologique.*

Il manque, à mon étude, la constatation du retour immédiat des chronaxies à la normale, que je crois probable, au moment de la guérison brusque d'une contracture ou d'une paralysie hystérique. J'espère que j'aurai l'occasion de combler cette lacune.

4° La chronaxie, toujours modifiée dans l'hystérie alors qu'elle ne l'est pas dans la simulation, démontre un ébranlement général du système nerveux de ces malades.

Il y a donc un substratum physiologique aux troubles qu'ils présentent, mais ce trouble physiologique est assez léger pour pouvoir disparaître brusquement sous certaines influences.

Dr H. Baruk (de St-Maurice, Seine). — Je voudrais souligner l'intérêt de la communication de M. Bourguignon. Des faits qu'il vient de vous exposer sur les troubles de la chronaxie dans l'hystérie, il faut retenir tout particulièrement :

1° la constatation de perturbations de la chronaxie vestibulaire et de modifications globales de l'excitabilité musculaire chez certains pithiatiques, en dehors des crises ou des accidents constitués.

(1) H. Claude, G. Bourguignon et H. Baruk. — *Académie de Médecine,* t. XCVIII, n° 19, 10 mai 1927, et *Revue Neurologique,* t. I, n° 6, juin 1927, p. 1078.

La conservation en pareil cas des rapports entre les chronaxies des groupes musculaires différencie ces états des perturbations observées dans les localisations organiques. Mais ces modifications physiologiques méritent d'être rapprochées des troubles subjectifs de la phase prodromique des accidents pithiatiques (céphalées, vertiges, etc.), troubles sur lesquels nous avons insisté, et que nous considérons comme des signes de souffrance du système nerveux.

2° M. Bourguignon a trouvé à l'examen d'accidents pithiatiques localisés (contractures, paralysies), au niveau du membre atteint, des renversements des rapports des chronaxies qui, au premier abord, pourraient rappeler les perturbations qu'il a décrites dans les atteintes pyramidales. Toutefois, il existe une différence importante : c'est que, non seulement ces modifications sont moins nettes, mais surtout elles sont infiniment *plus complexes, plus globales* que celle qu'on observe dans les altérations des systèmes moteurs localisés (pyramidaux ou extra-pyramidaux). Chez ces pithiatiques (notamment chez plusieurs de mes malades), M. Bourguignon a trouvé des perturbations non seulement de la chronaxie motrice, mais aussi de la chronaxie sensitive du même côté. Toutes les fonctions nerveuses sont donc perturbées d'une façon extrêmement diffuse, complexe, globale. Ces données cadrent avec l'aspect clinique, et montrent, qu'en matière d'hystérie, et au cours des troubles des fonctions psycho-motrices (fonctions dont M. Bourguignon veut bien souligner l'intérêt), il faut se défier d'envisager le problème sous l'angle de localisations étroites, et ne pas perdre de vue l'importance des *perturbations physiologiques diffuses* du système nerveux.

Troubles mentaux et tumeurs du IIIe ventricule

(1. Tumeur antérieure. Présence de phosphatides dans le L.C.R. 2. Tumeur postérieure. Possibilité de ventriculographie par voie lombaire).

par MM. les D^{rs}

J. Heernu, et Manil,

médecin-adjoint à l'Institut de Psychiatrie de Bruxelles *ex-Interne*

Les deux observations que nous présentons ont en commun la présence de troubles mentaux qui dominent le tableau clinique, l'existence d'une tumeur du IIIe ventricule et les difficultés du diagnostic. Elles diffèrent par la localisation et l'évolution de l'affection.

Observation I. — Eug. M., 49 ans, vu pour la première fois en août 1933.

Les premiers symptômes remontent à environ 4 ans. Le malade souffrait de céphalées, diminution de la vue et d'asthénie. Il avait été obligé d'abandonner tout travail. Une soif ardente par intermittence et une modification de l'aspect du visage s'étaient ajoutés aux troubles précédents.

Déjà en cette période initiale, le malade avait consulté plusieurs oculistes qui avaient constaté la présence d'une hémianopsie homonyme du quadrant inférieur gauche, mal délimitée, irrégulière, avec scotome central bilatéral.

Le malade s'était toujours refusé à des examens plus complets. Cependant l'apparition de troubles nets de la mémoire et deux crises apoplectiformes le décident à nous consulter.

Au premier examen, il se présente avant tout comme un *malade mental :* ralentissement général du psychisme, perception obtuse, attention difficile à éveiller et à fixer, troubles marqués de la mémoire, portant surtout sur les faits récents, désorientation totale dans l'espace (ne sait pas par quelle porte il est entré dans une

chambre), réponses lentes à obtenir, manque d'intérêt pour ce qui se passe autour de lui, et pour les choses qu'on lui raconte.

A cet état de bradypsychie permanente s'ajoutent des épisodes confusionnels survenant par crises, accompagnés de céphalée violente, de bouffées de chaleur à la face et de vomissements bilieux. Le malade ne paraît pas perdre connaissance, mais il est obnubilé. Après un telle crise, le psychisme paraît meilleur qu'auparavant.

L'examen neurologique montre : une prédominance des réflexes tendineux à gauche, avec légère parésie faciale et parésie des membres à gauche, surtout au membre supérieur (mouvements lents et maladroits de la main gauche, traîne la jambe gauche en marchant). Pas de modification des réflexes cutanés, réflexe plantaire en flexion. Pas de troubles de la sensibilité superficielle et profonde. Légers troubles de l'équilibre vers la droite (chute à droite) dans le Romberg sensibilisé, déviation vers la droite pendant la marche. Nerfs crâniens intacts sauf II : névrite optique débutante OD>OG. Pas de modifications des réflexes pupillaires, ni du champ visuel.

Examen somatique général : homme de taille et de corpulence moyennes. Panicule adipeux bien fourni sur tout le corps. Aspect ridé particulier du visage : rides petites et serrées, analogues à celles de la cachexie hypophysaire. Teint ardoise très spécial. Rareté des poils de la barbe. Disparition presque complète des poils pubiens. Pas de modification apparente des organes génitaux externes. Boit et urine plus que normalement.

Cœur et poumons : N.

Urine : N.

Urée sanguine : 0,30 ; glycémie : 1 gr. 20 ; B.-W. sang : 0.

Diagnostic topographique de la lésion. — De l'ensemble des examens, il résulte que nous nous trouvons en présence d'une lésion intra-cranienne (céphalée, troubles mentaux), localisée à droite (troubles moteurs à gauche), au voisinage du IIIe ventricule (faciès hypophysaire, polydipsie, compression probable supéro-externe de la bandelette optique droite, tout près du chiasma).

Diagnostic étiologique : aucun signe ne permet d'incriminer la syphilis : il n'y a pas de troubles pupillaires, B.-W. : 0 (au sujet de la réaction du benjoin, nous reviendrons plus tard). Il existe un syndrome d'hypertension intra-cranienne (céphalée, vomissements, névrite optique débutante.

Examens complémentaires : 1. Radiographie stéréoscopique du crâne : rien à signaler.

2. Première ponction lombaire ; pression au Claude, position assise : 62/29. Epreuves manométriques normales, liquide d'aspect lactescent. Cytologie : 48 ; albumine : 1 gr. 10 ; B.-W. : 0 ; benjoin colloïdal : 0.

Le nombre de globules blancs, ni la quantité d'albumine ne peuvent expliquer l'aspect lactescent du liquide. Une analyse chimique (Dr Millet), montre qu'il est dû à la présence de *phosphatides,* entièrement solubles dans la liqueur d'Adam.

Injection par voie lombaire de 15 cc. d'air : à la radiographie, dilatation et déformation des ventricules. Image pas assez nette pour tirer des conclusions.

3. Deuxième ponction lombaire et ventriculographie (30 cc. d'air), pression au Claude : 51/36.

Aspect et analyse du liquide donnent les mêmes résultats que précédemment, sauf le benjoin colloïdal qui est positif dans la zone syphilitique.

(N. B. — Nous ne croyons pas devoir attacher de valeur à ce résultat, la présence de phosphatides en quantité très notable étant de nature à modifier les conditions physico-chimiques habituelles du liquide).

L'examen des radiographies montre : dilatation du V.L.G. dans toute son étendue. V.L.Dr., dilaté à un moindre degré et peu perméable (obstruction partielle du trou de Monro). Troisième ventricule : dilaté, déprimé dans sa partie supéro-externe droite et refoulé vers l'arrière et vers le haut.

Diagnostic avant l'intervention : tumeur cérébrale se révélant par des *signes généraux* (céphalée, vomissement, bradypsychie, accès confusionnels, névrite optique débutante, hypertension du liquide céphalo-rachidien), et par des *signes de localisation : signes cliniques* (aspect hypophysaire de la peau du visage, cheveux fins, disparition des poils pubiens, polydipsie) ; *signes neurologiques* (troubles moteurs à gauche, troubles de l'équilibre à droite) ; *signes radiographiques* (refoulement du 3e ventricule en arrière et en haut, obstruction partielle du trou de Monro droit.

Nature de la tumeur. — La lenteur de l'évolution (première constatation ophtalmoscopique en 1930), la restitution *ad integrum* de l'hémianopsie en quardant antérieurement constatée, doivent faire rejeter l'hypothèse d'un gliome infiltrant dont l'existence dans cette région aurait donné naissance à des troubles bien plus prononcés et à évolution plus rapide.

La syphilis sous forme de gomme doit être écartée également.

L'intégrité de la selle turcique, l'absence de calcification suprasellaire, l'absence d'hémianopsie bitemporale, l'âge du malade font écarter aussi une tumeur de la poche de Rathke.

Solide ou liquide, la tumeur n'explique cependant pas la *présence de phosphatide dans le liquide céphalo-rachidien.* Ce fait n'a pas encore été signalé dans la littérature. L'origine des phosphatides pourrait être recherchée, soit dans une sécrétion, soit dans une désintégration du système nerveux. Les tumeurs de la

poche de Rathke secrètent de la cholestérine ; ce corps, malgré une parenté chimique avec les phosphatides, a une origine biologique fort différente. On ne connaît dans cette région aucun organe glandulaire capable d'excréter des phosphatides. Dans la maladie de Niemann-Pick, il existe un trouble spécifique du métabolisme des phosphatides ; il n'y a pas été signalé de formation tumorale, ni de phosphatide dans le liquide céphalo-rachidien.

⁂

Le seul élément certain étant la déformation ventriculaire, et l'amélioration à la suite des ponctions lombaires et ventriculographies n'ayant été que passagère, une *intervention chirurgicale* est pratiquée (Dr Martin).

Celle-ci essaye d'aborder la tumeur par voie frontale ; d'abord, passant sous le lobe frontal, l'exploration est poussée jusqu'à la tige de l'hypophyse ; elle rencontre une anomalie vasculaire croisant la tige de l'hypophyse en avant, et quelques brides arachnoïdiennes, qui sont sectionnées ; dans une seconde partie de l'opération, abordant le corps calleux par en haut, une ponction est pratiquée en arrière du genou, dans la région d'où le ventricule moyen est refoulé ; on retire quelques centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien d'aspect normal.

L'intervention n'a donc trouvé aucune néoplasie. L'état du malade n'est nullement amélioré par l'opération. Plus de quinze jours après, le malade est encore confus et se livre par moments à une activité onirique : se croit chez lui, veut se lever pour aller à une fête ou à un enterrement, appelle des membres de sa famille, cherche ses chaussures dans son lit, s'habille de ses couvertures et de ses draps, urine contre le radiateur. A d'autres moments, il est calme et docile, mais toujours complètement désorienté, avec de fausses reconnaissances ; il commence à être incontinent. Polyurie et polydipsie.

Devant cet état, et malgré l'ignorance complète où nous nous trouvons, de la nature de la tumeur, le malade est soumis à la radiothérapie dont il subira 31 séances. La même agitation confuse persiste par intermittence pendant la première moitié de son traitement. Dans la suite, l'agitation diminue, puis la confusion disparaît à son tour.

Lorsque la radiothérapie est terminée, le malade se lève, joue aux cartes avec ses compagnons, lit, se dirige normalement dans la salle, aide aux divers petits travaux du ménage. Cependant, il manque d'initiative, reste indifférent à ce qui se passe autour de lui si on n'attire pas son attention. Très sensible, il pleure pour des motifs futiles.

Depuis plus de 1 an 1/2, la guérison se maintient, le malade travaille, reste cependant assez indifférent. La mémoire présente une lacune qui s'étend non seulement à la période confusionnelle, mais même à toute une période antérieure. L'examen oculaire est normal. Il persiste une légère prédominance des réflexes tendineux à gauche. Le visage est plus clair, les rides ont disparu partiellement.

Obs. 2. — Zoust., 46 ans, se plaignait depuis quelques semaines de maux de tête et de vertige, devenait bizarre (à l'atelier, a voulu prendre un poêle brûlant, à pleins bras, pour le déplacer), raconte des choses inexactes (attribue ses maux à une chute qu'il aurait faite dans un puits). En l'examinant on constate une euphorie très nette, avec troubles profonds de la mémoire, réponses absurdes (34 octobre). Il existe de l'inégalité pupillaire, du tremblement de la langue et des mains étendues, de la dysarthrie, le faciès est atone, les réflexes tendineux sont vifs, prédominent à droite, sans Babinski.

Le diagnostic de *paralysie générale* ne paraît pas douteux. Cependant, la réaction de Wassermann est négative dans le sang. L'analyse du liquide céphalo-rachidien est normale. Mais le liquide est fortement hypertendu (au-dessus de 100 en position assise).

L'examen oculaire montre qu'il existe une papille de stase avancée.

Une exploration plus approfondie relève d'autres symptômes : s'il n'existe pas de Babinski à droite, il y a toutefois un signe d'Oppenheim très net. Le malade ne peut se tenir sur la jambe droite, ni exécuter avec elle diverses épreuves motrices ; il y a également un léger trouble du langage : persévération dans la formation de mots composés [zak-mes = couteau de poche (correct), zak-sleutel (= clef), zak — allumette].

Le diagnostic s'oriente vers une *tumeur cérébrale* : syndrome d'hypertension (céphalée, manométrie, papille de stase), localisation gauche (atteinte pyramidale droite, troubles aphasiques), frontale basse (mydriase à gauche, par compression du IIIe). La tumeur resterait sous-corticale (absence de modification du liquide céphalo-rachidien).

Pour confirmer le diagnostic, on pratique une ventriculographie par voie lombaire. Après l'épreuve de passage, on peut voir que les deux ventricules latéraux sont symétriquement dilatés, les deux plafonds se trouvant sur la même horizontale. En particulier, il n'y a pas de déformation de l'une ou l'autre corne frontale.

En conclusion, il n'existe pas de signes radiographiques de tumeur frontale.

Diverses hypothèses sont alors émises : des troubles mentaux analogues, avec dilatation des ventricules ont été observés dans la

maladie de Pick. Bien que l'hypertension intra-cranienne n'ait pas été signalée dans cette maladie, une autre maladie dégénérative du système nerveux (maladie de Heubner-Schilder) peut passagèrement s'accompagner d'hypertension, et rend ce diagnostic possible.

Dans *l'encéphalite* aiguë on a signalé parfois l'existence d'une hydrocéphalie avec hypertension. Cette hypothèse paraît recevoir une confirmation dans la somnolence qui prend progressivement le malade. Toutefois, il n'a jamais présenté de diplopie, et le seul traitement qui le soulage un peu, c'est le sérum hypertonique intraveineux.

Cependant, la somnolence s'accentue de plus en plus et bientôt il devient presqu'impossible de réveiller le malade. La papille de stase persiste très marquée.

Pour permettre une exploration plus complète, le malade est confié au chirurgien, qui pratique une ventriculographie directe. Les images radiographiques confirment l'examen précédent : dilatation des deux ventricules latéraux, pas de signe de tumeur dans les hémisphères cérébraux.

Le malade succombe brusquement quelques heures après l'intervention et, à l'autopsie, on trouve une tumeur, née au niveau de la lèvre supérieure de l'orifice de l'aqueduc de Sylvius, ayant atteint le développement d'une petite noix, et laissant une fente libre entre elle-même et la face postérieure du 3e ventricule. C'est cette circonstance qui a permis d'obtenir les images ventriculaires après injection d'air par voie lombaire.

Dr Hamel (de Nancy). — Au sujet de la déviation à gauche de la réaction de Guillain, je signale l'importance des recherches du Dr Bruch, de Nancy (Thèse 1935, analysée récemment dans les *Annales médico-psychologiques*). Cet auteur a montré que les variations de la précipitation dans les divers tubes est fonction des différences de *p*H qui accompagnent les différentes concentrations du benjoin colloïdal. Dans une thèse toute récente, un autre élève de Nancy, M. Grininger, s'appuyant sur les travaux de Bruch, formule l'hypothèse, à propos d'une observation d'encéphalite post-morbilleuse survenue chez un enfant non hérédo-syphilitique, que la déviation à gauche est due à la présence de globulines, la déviation à droite à l'abondance des albumines provenant de la désintégration cellulaire. Il semble donc qu'il y aît lieu désormais de se montrer prudent dans l'emploi des termes tels que : zone syphilitique ou zone méningitique.

La précipitation du type méningitique du benjoin colloïdal dans les états psychopathiques

par MM. J. Dublineau et L. Tarbouriech (d'Armentières)

L'attention a été attirée à diverses reprises sur l'extension à la zone méningitique de la précipitation du benjoin colloïdal dans les états psychopathiques. Signalons les remarques de Courtois et Pichard chez les alcooliques (1) ; une note de Fribourg-Blanc et Gauthier (2), et surtout les travaux de Courtois (3), d'Abély et Durand (4), la thèse de P. Royer, celle de J. Royer, inspirée par Hamel.

Nous ne reviendrons pas sur les questions de technique et de lecture qui peuvent intervenir dans l'interprétation de la réaction. Si nous insistons, à nouveau, sur cette extension de la précipitation à droite, c'est pour en signaler certaines particularités qui nous ont frappé au cours de son observation systématique.

Sur 290 liquides examinés depuis le 1er novembre 1934, l'extension de la précipitation à droite du 10e tube, — en dehors de toute modification dans la zone syphilitique, — a été observée 47 fois (examens pratiqués à l'Institut Pasteur de Lille : Dr Grysez).

Voici le résumé de ces cas, avec leurs particularités cliniques et humorales.

I. Cas en rapport avec une syphilis cérébrale ou une paralysie générale avérée

Dans six cas, la précipitation isolée dans la zone méningitique concernait des P.G. avérés internés depuis plusieurs mois ou

---

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, 1930.
(2) *Congrès des Al. et N. de France*, 1930, Lille, p. 193.
(3) *Ann. Méd.-Psych.*, 1929, 1935 (II), 51.
(4) *Ann. Méd.-Psych.*, 1935 (I), 311.

années. Ces six malades présentaient d'ailleurs, pour la plupart, quelques particularités.

1) *Psychose paranoïde avec syphilis cérébrale*

I. — de W... (41 ans). Affection étiquetée successivement psychose paranoïde, chez un syphilitique, puis psychose paranoïde simple. Liquide céphalo-rachidien le 3 mars 1935 : alb. : 0,85 ; leuco. : 35 ; B.-W. : + + + ; benjoin : 00100.22221.00000. Stovarsol. Liquide céphalo-rachidien le 15 juin 1935 : alb. : 0,22 ; leuco. : 0,6; B.-W. : 0 ; benjoin ; 00000.22222.1000 ; sang : B.-W. : 0. Kahn : + + +.

2) *P.G. de forme paranoïde*

II. — Cor... P.G., à forme paranoïde. Affaiblissement moyen. Tabès. Négativation spontanée du liquide. Liquide céphalo-rachidien le 27 octobre 1934 : alb. : 0,40 ; B.-W. : 0 ; le 14 février 1935 : alb. : 0,22 ; leuco. : 0,2 ; benjoin : 00000.22222.10000.

3) *P.G., tabès*

III. — Biel... (56 ans). Diagnostic du Docteur Guiraud : P.G. à formule subnormale, avec tabès. Liquide céphalo-rachidien le 11 août 1931 : alb. : 0,28 ; leuco. : 0,2 ; B.-W. : 0 ; benjoin : 00000.12221.00000 ; le 28 février 1932 : alb. : 0,30 ; leuco. : 0,2 ; B.-W. : 0 ; benjoin : 00000.22222.20000. A cette date, affaiblissement léger, abolition des photomoteurs ; réflexes rotuliens faibles.

4) *P.G. impaludés*

IV. — Guil. (51 ans). P.G. impaludé en 1931 (formule typique à cette date). En 1935, très affaibli. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; leuco. : 0,2 ; B.-W. : négatif ; benjoin : 00000.22222.20000 ; B.-W. et Kahn négatifs dans le sang.

5) *P.G. simple*

VI. — Del... (43 ans), signes physiques typiques (Dr Simon), en 1932. Affaiblissement profond en 1935. Liquide céphalo-rachidien à cette date : alb. : 0,05 ; B.-W. : 0 ; benjoin : 00000.22222.10000.

Au total, certaines formes de paralysie générale ou de syphilis cérébrale s'accompagnent à un stade de leur évolution, spontanément ou après traitement, de précipitation atypique du benjoin, avec ou sans hyperalbuminorachie, toutes les autres réactions étant négatives (sauf, dans un cas, le Kahn dans le sang).

Sur six cas, il s'agissait deux fois d'états paranoïdes avec affaiblissement variable ; deux fois de P.G., tabès ; deux fois de P.G. impaludés (l'une des deux s'accompagnant de tabès), une fois de P.G. à forme simple.

II. Autres cas (1).

ETATS D'AFFAIBLISSEMENT

A) *Démence sénile*

VII. — Fiév... (67 ans). Aréflexie des membres inférieurs. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000. 22222.20000.

B) *Etats d'affaiblissement simple*

VIII. — Lar... (56 ans). Présénilité chez un débile. Réflexes rotuliens normaux à gauche, diminués à droite. Pupille gauche déformée. Inertie pupillaire. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40; benjoin colloïdal : 00000.02222.10000.

IX. — Bil... (39 ans). Affaiblissement simple. Début par céphalée et anorexie. Réflexes rotuliens diminués ; photomoteurs diminués (surtout à gauche). Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,51 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.00000.

C) *Affaiblissement à type hypomaniaque*

X. — Del... (48 ans). Affaiblissement léger. Délire mégalomaniaque, se dit millionnaire. Ancien traumatisé du crâne (?), pensionné à 100 %. Nystagmus. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.02222.10000.

XI. — Ren... (59 ans). Affaiblissement. Fugues. Outrages à la pudeur. Quelques symptômes épileptiformes. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.20000. Tension (assis) : 54 c/m au man. de Claude.

XII. — Mul.... (59 ans). Hypomanie. Satisfaction corporelle : est le plus beau. Affaiblissement. Leucoplasie. Dysarthrie. Inertie pupillaire. Alb. : 0,56 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000 (tension assis : 51). Une ponction lombaire pratiquée quelques mois plus tard donne un liquide normal : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.00000. Hyperréflectivité tendineuse.

D) *Affaiblissement à type mélancolique*

XIII. — Lef... (62 ans). Mélancolie présénile. Mère : nombreuses fausses-couches et enfants morts en bas-âge. Affaiblissement, gâtisme. Inertie pupillaire. Hyperréflectivité tendineuse. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.02222. 10000.

XIV. — Biq... (50 ans). Syphilis en 1912 ; considéré successive-

---

(1) Chez tous ces malades, la leucocytose était normale, les réactions de Bordet-Wassermann négatives dans le liquide céphalo-rachidien, les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn négatives dans le sang, sauf dans les cas XVII, XVIII, XXVI et XXX.

ment comme dépression atypique (Génil-Perrin), P.G. incipiens (Pierson) ; syphilis nerveuse avec affaiblissement. Liquide céphalo-rachidien le 6 avril 1933 : alb. : 0,80 ; B.-W. : 0 ; benjoin colloïdal: 00000.02221.00000. Stovarsol (21 gr.). Etat clinique en janvier 1935 : incurie, affaiblissement léger, anisocorie, inertie pupillaire d'un côté. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; leuco. : 0,2 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

E) *Affaiblissement chez un alcoolique chronique*

XV. — Del... (64 ans). Onirisme confusionnel à l'entrée, puis affaiblissement. Fabulation. Tremblement. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000. Sucre : 0,95.

Syndromes a type de démence précoce

A) *D.P. dégénérative*

XVI. — Kob... (25 ans). Hérédité vésanique. Liquide céphalo-rachidien : tension (assis) : 60 ; alb. : 0,71 ; benjoin : 00000.00002. 22220.

XVII. — Van... (50 ans). Affaiblissement, attentat à la pudeur. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000. Sang : B.-W. : +, puis négatif ; Kahn : +++ à deux examens.

B) *Confusion chronique*

XVIII. — Pal... (56 ans). Confusion post-toxi-infectieuse (pneumonie). Légère inégalité pupillaire. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.02222.20000. Sang : B.-W. : 0 ; Kahn : +.

XIX. — Ste... (30 ans). Confusion ancienne. Mutisme actuel. Evolution vers la dissociation. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.02222.10000.

C) *Hébéphréno-catatonie*

XX. — Holl... (25 ans). D.P. catatonique datant de plusieurs années. Deuxième placement. Convulsions dans l'enfance. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222. 10000.

XXI. — Cai... (25 ans). D.P. catatonique ; hérédité vésanique. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000. 22222.10000.

Etats paranoïdes

XXII. — Bour... (40 ans). Commotion cérébrale ancienne. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XXIII. — Bar... (39 ans). Hypomanie chronique. Mégalomanie. Syphilis il y a 25 ans. Méningite syphilitique il y a une vingtaine d'années. Léger nystagmus. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XXIV. — Stras... (44 ans). Arrêté pour voyage sans billet. Idées de grandeur. Réflexes pupillaires diminués (surtout à droite). Réflexes rotuliens diminués. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40; benjoin colloïdal : 00000.12221.10000.

XXV. — Jap... (37 ans). Affaiblissement, délire. Réflexes photomoteurs diminués à gauche, presque abolis à droite. Céphalées. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22221.10000.

XXVI. — Herm... (67 ans). Délire très actif. Affaiblissement. Décours depuis 4 ans. Traumatisme céphalique ancien. Réflexes rotuliens diminués. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,51 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.22222. Sang : Kahn : + + +.

XXVII. — Gar... (46 ans). Démence. Délire touffu. Aréflexie tendineuse. Alcoolisme ancien. Paludisme. Pupille gauche paresseuse. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XXVIII. — Fin... (28 ans). Deuxième internement. Début mélancolique. Placé une première fois pour mégalomanie et outrage public à la pudeur. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin : 00000.22222.10000.

XXIX. — Stem... (41 ans). Interprétations de symptômes pathologiques. Erotomanie. Fistule anale. Liquide céphalo-rachidien : alb.: 0,05 ; benjoin : 00000.02221.10000.

XXX. — Dam... (42 ans). Onirisme visuel chronique. Traumatisme et plaie du cuir chevelu à l'origine des troubles. Alcool (?). Liquide céphalo-rachidien : alb. (?) ; benjoin colloïdal : 00000.02222. 21100. Sang : Meinicke : +, puis B.-W. : + et Kahn : +.

XXXI. — Com... (40 ans). Excitation intellectuelle. Affaiblissement. Hallucinations et délire. Aréflexie totale. Réflexes lumineux faibles à droite. Léger nystagmus. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.02222.22100.

XXXII. — Cou... (45 ans), paraphrénie. Délire de persécution. Traumatisme grave quelques années avant les troubles psychiques. Hyperémotivité post-traumatique. Invalidité : 65 %. Une sœur morte de tuberculose. Six frères et sœurs morts en bas-âge. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin : 00000.22222.20000.

XXXIII. — Desm... (35 ans). Début par céphalée depuis deux ans. Idées de persécution. Mélancolie avec symptôme de discordance. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000. 22222.20000.

Etats mélancoliques

XXXIV. — Ver... (30 ans). Anxiété. Psychasthénie. Ebauche de délire de persécution. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin : 00000.02222.20000.

XXXV. — Dul... (41 ans). Dépression simple. Tremblement digital. Pupilles paresseuses. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,56 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XXXVI. — Rutt... (57 ans). Mélancolie chronique. Tremblement. Evolution ancienne. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.02222.10000.

XXXVII. — Jol... (58 ans). Mélancolie. Deuxième internement. Evolution chronique. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,71 ; benjoin colloïdal : 00000.21111.21000.

XXXVIII. — Four... (22 ans). Mélancolie. Mutisme. Refus d'aliments. Evolution ultérieure tuberculeuse. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XXXIX. — Mon... (60 ans). Mélancolie. Blessure au sommet du crâne en 1928. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XL. — Joa... (40 ans). Mélancolie et idées de persécution. Evolution schizophrénique ; ancien hépatique. Liquide céphalo-rachidien en 1931 : alb. : 0,30 ; leuco : 0,2 ; B.-W. et Meinicke négatifs ; benjoin colloïdal : 00000.02221.00000 ; en janvier 1935 : alb. : 0,22; benjoin colloïdal : 00000.12222.10000.

Etats maniaques

XLI. — Haub... (40 ans). Etat maniaque. Mégalomanie. Traumatisme quelques mois avant l'apparition des troubles. Réflexes photomoteurs diminués. Rotuliens vifs. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XLII. — Skr... (28 ans). Polonais. Cyclothymie. Appoint éthylique. Coup sur la tête avant les troubles. Liquide céphalo-rachidien: alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.20000.

XLIII. — Ren... (47 ans). Hypomanie. Psychose périodique. Septième internement. Vanité. Mégalomanie. Arrêté pour voyage sans billet. Hémiplégie cérébrale infantile et convulsions dans l'enfance. Chancre suspect, traité par huile grise, dans la jeunesse. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000. Tension : 57 (assis).

Epilepsie

XLIV. — Catt... (45 ans). Débilité. Surdité. Epilepsie depuis le jeune âge. Achilléens abolis à gauche. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.02222.11000.

XLV. — Saul... (31 ans). Crises rares. Liquide céphalo-rachidien le lendemain d'une crise à type hystérique (bonds, enroulements sans perte de connaissance, etc.) ; alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

XLVI. — Bos (42 ans). Délire de persécution avec interprétation. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,40 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.20000.

PARKINSON POST-ENCÉPHALITIQUE

XLVII. — Gru... (32 ans). Troubles du caractère. Interné après attentat à la pudeur. Liquide céphalo-rachidien : alb. : 0,22 ; benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.

III. Commentaires

Intensité. — A ne considérer que les 41 malades du second groupe, la précipitation y fut le plus souvent terminée au 11e tube. La précipitation y fut partielle dans 25 cas, totale dans 10 cas. En outre, elle s'étendait deux fois au 12e tube (22, 21 et 11), deux fois au 13e tube (221 et 211), une fois au 14e tube (2222). Le plus souvent (29 cas), il s'agissait d'une extension réelle. Dans 12 cas, il s'agissait d'un simple déplacement vers la droite de la zone de précipitation.

Rapports avec les autres éléments de la formule liquidienne. — L'anomalie fut observée 17 fois isolément, l'albuminorachie étant égale ou inférieure à 0 gr. 22 ; dans les 24 autres cas, existait une hyperalbuminose concomitante, égale 19 fois à 0 gr. 40, 2 fois à 0,51, deux fois à 0 gr. 58, 1 fois à 0 gr. 71. (Notons que sur les 290 malades ponctionnés, une hyperalbuminorachie *solitaire* fut constatée dans 45 cas (soit un nombre presque égal à celui des précipitations atypiques du benjoin).

La question, pourtant si importante des relations de la réaction avec la sérine et les globulines, n'a pas été abordée.

La concomitance de l'hyperalbuminose, l'existence ainsi que l'intensité de la précipitation dans la zone méningitique ont paru indépendantes du type de psychose. La réaction de Bordet-Wassermann fut constamment négative dans le liquide. La lymphocytose fut toujours normale.

Rapports avec les faits cliniques. — La notion d'âge paraît indifférente. Par contre, la fréquence relative des états d'affaiblissement, soit primitifs (précoce, présénile, sénile), soit secondaires, avec ou sans états maniaques ou mélancoliques, est

frappante. On la retrouve dans 11 cas, auxquels s'ajoutent 4 cas de confusion chronique ou d'hébéphréno-catatonie. Puis viennent les états paranoïdes (19 cas), parmi lesquels plusieurs affaiblis, les formes mélancoliques (7 cas). Enfin l'épilepsie (3 cas), les états maniaques ou hypomaniaques chroniques (3 cas), et, dans un cas, un parkinson avec troubles du caractères post-encéphalitiques.

Il s'agissait le plus souvent de malades internés depuis longtemps (plusieurs mois ou plusieurs années). Mais cette constatation n'a rien d'absolu.

On notera la fréquence, au début de la maladie, d'*actes ou de réactions médico-légales* (attentat à la pudeur, fugue, voyage sans billet). D'autre part, le délire revêt souvent un type mégalomaniaque avec vanité, idées de satisfaction corporelle et de richesse, avec ou sans fabulation. De même, il faut retenir, contrairement à ce qui a été écrit par d'autres auteurs, la grande fréquence des *signes neurologiques* observés chez ces malades, surtout modifications des pupilles ou des réflexes photomoteurs (10 cas), dysarthrie (1 cas), tremblement (2 cas), nystagmus (3 cas), aréflexie plus ou moins complète (7 cas), plus rarement : hyperréflectivité tendineuse (3 cas) ; enfin, dans un cas, syndrome parkinsonien, hémiplégie cérébrale infantile. A retenir également : convulsions de l'enfance, symptômes épileptiques, céphalées.

Au total : fréquence des troubles psychiques à type d'affaiblissement, des petits signes d'atteinte neurologique (l'extension de la zone de précipitation étant liée dans plus de la moitié des cas).

Valeur étiologique. — Si l'on totalise les cas dans lesquels on note, soit des modifications neurologiques rappelant plus ou moins celles de la syphilis nerveuse, soit une réaction biologique spécifique dans le sang, soit une hyperalbuminorachie, on constate que, chez la plupart des 41 malades, quel que soit le type de l'état psychopathique, il est possible de retrouver un stigmate quelconque organique ou biologique.

L'extension du benjoin vers la droite a-t-elle une signification étiologique ? Si oui, dans quelle mesure ?

Certes, pourrait se poser le problème de la sclérose en plaques. En fait, en dehors du nystagmus, — d'ailleurs rare, — peu de signes plaident en faveur de ce diagnostic.

La syphilis est évoquée dans 7 cas : quatre fois, seules, la révélèrent un Bordet-Wassermann, Kahn ou Meinicke positifs

dans le sang, trois fois elle se retrouvait positive dans certains des antécédents des malades (1).

Par ailleurs, ainsi que l'ont noté nombre d'auteurs, en particulier parmi les plus récents, P. Royer dans sa thèse, P. Abély, J. Royer et C. Durand dans leur travail, on ne peut s'empêcher de noter la similitude de fait entre les formes dégradées de paralysie générale (formes paranoïdes en particulier) et certaines des formes psychopathiques plus haut mentionnées. L'analogie entre les formules est renforcée dans ces dernières (outre la fréquence relative des réactions biologiques sanguines positives) par le groupement des symptômes dans nombre de cas : affaiblissement global, délire souvent mégalomaniaque, comportement social, petits signes neurologiques rappelant par bien des points une paralysie générale dont on ne pourrait faire la preuve (obs. XI, XIII, XIV, etc.).

Pourtant, d'autres causes ont pu être relevées.

Dans le passé de 8 malades, on retrouve un traumatisme ou une commotion violente ; dans deux cas, du moins, l'éthylisme peut être incriminé ; dans un autre, une encéphalite épidémique, peut-être enfin, chez d'autres malades, la pneumonie, la tuberculose.

Jusqu'à plus ample informé, cette diversité enlève à l'extension, à droite de la précipitation, une signification étiologique précise.

---

(1) Signalons que dans le cas de Fribourg-Blanc et Gauthier, la réaction de Bordet-Wassermann était moyennement positive dans le liquide céphalo-rachidien ; il est vrai qu'existait en même temps une légère extension vers la gauche de la précipitation.

Les encéphalites psychosiques

par M. ROUQUIER (de Nancy)

L'auteur demande la permission de mettre au point une question de priorité et quelques questions de terminologie.

L'expression d'encéphalite psychosique est tombée à l'heure actuelle, si j'ose dire, dans le grand public médical. Il ne viendrait à l'esprit de personne de l'employer à propos de troubles mentaux plus ou moins confusionnels, délirants et hallucinatoires, survenant au cours de septicémies éberthiennes, streptococciques, pneumococciques et qui entraînent la mort avec des lésions aiguës de tous les organes, y compris le cerveau. (Nous laissons à dessein de côté le groupe très intéressant des encéphalites puerpérales). On parle d'encéphalite psychosique lorsque pour des raisons d'ordre clinique, signes discrets de la série encéphalitique, épidémie de grippe concomitante, absence de toute autre cause, on a des raisons de soupçonner que le virus de la maladie de Cruchet et Economo peut être incriminé. On ne parle jamais de psycho-encéphalite mais, pour être classique, on ajoute à l'expression d'encéphalite psychosique celle d'azotémique.

Nous estimons qu'il n'y a pas de raison d'opposer encéphalite psychosique à psycho-encéphalite. Les encéphalites psychosiques sont celles qui donnent une symptomatologie mentale prédominante ou primitive, les troubles d'ordre neurologique passant au second plan.

Nous n'ignorons pas que dans les formes suraiguës l'azotémie est souvent très élevée. Mais elle est aussi parfois de 0,60, 0,75 dans des formes aiguës, moyennes ou chroniques. L'azotémie est un symptôme banal de toutes les maladies infectieuses et il suffit d'une intervention chirurgicale, d'un accouchement, d'une amygdalite, pour en entraîner une analogue. Elle n'a donc rien de particulièrement spécifique.

Je n'ignore point la thèse de mon vieux maître Briand, ni l'important rapport de Carrier et Martin au Congrès de Limoges en 1901. A ce moment, si on connaissait vaguement quel-

ques poli-encéphalites d'étiologie non précisée, on ignorait les encéphalites de type européen, japonais ou américain. Le délire aigu et les encéphalites azotémiques étaient un *caput mortuum*, dont on parlait avec respect et leurs causes, très différentes, n'avaient pas été précisées.

Or, j'écrivais, en 1921, dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris* (séance du 11 novembre), avec mon ami Delater : « En collaboration avec M. Marcel Briand, l'un de nous a individualisé, en février 1920, une forme d'encéphalite épidémique caractérisée par une symptomatologie en apparence exclusivement psychique (1). De nombreux auteurs, parmi lesquels Claude (2), Froment et Comte (3), Abadie et Hesnard (4), Guy-Laroche et Filassier (5) ont ultérieurement relaté des faits cliniques analogues. Les signes de localisation au niveau des noyaux gris centraux, de la protubérance et du bulbe, passent chez ces malades au second plan, lorsqu'ils existent ; ils peuvent être tellement discrets qu'un observateur inattentif ou non averti ne les décélera pas. Le délire, les hallucinations, la confusion, les troubles mentaux de tout ordre que les anciens auteurs décrivaient sous le nom de « délire aigu » dominent la scène et, le plus souvent, attirent seuls l'attention. Les paralysies fugaces et dissociées, les myoclonies, parfois même les algies erratiques, un véritable prurit, tous ces signes inconstants et passagers, l'évolution ultérieure d'un syndrome léthargique, permettent seuls un diagnostic.

Il restait à démontrer par l'examen anatomo-pathologique qu'il s'agissait bien, en l'occurence, d'encéphalite épidémique. La localisation corticale du virus n'a pas encore été, à notre connaissance, étudiée chez l'homme ; elle peut seule expliquer l'intensité et la prédominance des symptômes d'ordre mental.

L'observation que nous présentons aujourd'hui offre un double intérêt : l'hypersomnie s'est, chez notre malade, associée aux troubles mentaux. Nous n'avons relevé chez lui aucun signe d'ordre neurologique ; à l'autopsie, nous n'avons décelé de lésion qu'au niveau de l'écorce et des méninges molles.

---

(1) *Soc. Méd. des Hôp.*, 1920, p. 198 ; — *Société Médico-Psychologique*, janvier 1920 ; — *Société de Psychiatrie*, juillet 1920 ; — *Congrès de Neurologistes et Aliénistes*, Strasbourg, 1920.
(2) *Société de Psychiatrie*, juillet 1920.
(3) *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 20 avril 1920.
(4) *Soc. de Médecine de Bordeaux*, 29 mai 1920.
(5) *Paris Médical*, 19 juin 1920.

Suit une observation avec examen histologique précis.

Ces travaux sont antérieurs à ceux de mon ami Hesnard sur les psycho-encéphalites. Il n'a d'ailleurs apporté aucune observation anatomo-clinique.

Je crois donc bien pouvoir soutenir, sans risques d'être contredit, que les premières encéphalites psychosiques ont été vues par Briand, Delater et moi et que l'observation princeps très détaillée est celle qui figure dans le *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* séance du 11 novembre 1921.

L'idée délirante d'anthropopathie interne

par M. Jacques Vié (Ainay-le-Château)

Nous désignons sous ce nom la conviction délirante du malade affirmant *qu'il a dans le corps un ou plusieurs êtres humains.*

Le délire d'anthropopathie interne prend place au voisinage de la démonopathie interne de Macario, de la zoopathie interne de Dupré, de la phytopathie interne de Laignel-Lavastine, enfin du délire de grossesse auquel, après Toulouse et Marchand, nous avons, avec Bobé, consacré une étude d'ensemble. Toutes ces modalités de la pensée morbide semblent des expressions parallèles, parfois successives ou coexistantes, d'états cénesthésiques et phrénesthésiques (1) très proches, ce qui permet, en faisant le tour de leurs aspects pittoresques, d'évaluer les composantes et leurs fondements respectifs.

Au XIX[e] siècle, le premier exemple en est sans doute la *mère de l'Eglise,* vieille délirante hypocondriaque d'Esquirol, qui croyait héberger dans son ventre Ponce Pilate, les personnages du Nouveau Testament, le Pape et les Conciles. A l'autopsie, Esquirol découvrit de nombreuses adhérences entre tous les viscères et les parois de l'abdomen, base organique qui orientait les thèmes explicatifs et imaginatifs du délire.

Nous ne pouvons ici que rappeler la première observation complète de Laignel-Lavastine et P. Kahn, 1925, et deux formes un peu spéciales décrites récemment, le *délire de gynécopathie interne* de Laignel-Lavastine, Papillaut et Bonnard (1928), *le syndrome d'auto-possession* d'Auguste Ley (1930).

Groupons schématiquement les cas à partir de deux pôles, cénesthésique et phrénesthésique, sans méconnaître l'existence de tous les intermédiaires.

---

(1) Nous appliquons le mot de phrénesthésie à la perception du cours de la pensée et de ses troubles.

I. *Délire d'anthropopathie interne, d'emblée intériorisé, par explication imaginative de troubles cénesthésiques prédominants.* — Le délire occupe le premier plan du tableau clinique et se développe sur un fond de cénesthésie pénible et d'idées hypocondriaques. Chez le paranoïde ancien syphilitique de Laignel-Lavastine et P. Kahn, il apparaît au décours d'un accès confusionnel toxi-infectieux consécutif à une pleurésie interlobaire et repose sur des interprétations cénestopathiques absurdes.

L'étude des délires secondaires à l'impaludation des paralytiques généraux en a révélé plusieurs exemples, nous en observons actuellement un que signalaient, dans leur statistique d'une année de malariathérapie (1931), MM. Capgras et Fail.

Observation 1. — Lucien V., 45 ans, paralytique général avec appoint éthylique, impaludé en juillet 1930, par M. Capgras, il se transforma peu à peu, présenta des idées de persécution, et, dès 1931, systématisa et fixa le délire actuel : il a dans le ventre trois nains placés par l'Assistance publique, deux hommes et une femme, de la grandeur de l'avant-bras. Ils font l'amour dans son ventre. Il voudrait tantôt les garder, tantôt s'en débarrasser.

Depuis le 28 septembre 1934, Lucien est à la Colonie d'Ainay, très calme, un peu affaissé, placide, le teint jaunâtre, l'œil atone, les pupilles inégales avec signe d'Argyll-Robertson, la langue tremblante, les réflexes tendineux vifs, les bruits cardiaques assourdis, le ventre ptosé, de grosses varices à la jambe gauche. Il répond d'une voix traînante, monotone, avec la dysarthrie typique aux mots difficiles. l'orientation dans le temps est approximative, les troubles mnésiques énormes. Lucien est néamoins bien intégré à l'ambiance.

Constamment il est préoccupé par son trio de *nains,* dont l'existence est pour lui évidente. « Pour démontrer qu'ils n'existent pas, il faudrait une radio ». Est-il besoin d'exprimer quelque doute sur le résultat éventuel de ce procédé ?

L'un des nains se trouve dans l'estomac, l'autre dans les fesses, le troisième sur les côtés. Ils sont tous nus, ils ont dix centimètres de long, il n'y en a pas de grands dans leur pays, ce sont des Tonkinois. C'est un docteur qui les lui a mis, on l'a endormi pour cela.

Il ne les a jamais vus, « puiqu'on les lui a mis dans le ventre ». Mais il entend leur voix : « ils causent, un journal entier, ils imitent tout le monde, ils parlent fort, toutes les langues, ils chantent en Français et en Alsacien ; ils parlent la nuit, alors que Lucien dort, parfois, ils l'injurient, à d'autres moments, ils tiennent conversation avec lui ».

Surtout, Lucien suit les mouvements de ses nains, la succion intérieure qu'ils font sur ses organes. « Cochonner, manger, sucer, ils vous esquintent. » Ils mangent sur ses pores, boivent sur ses veines sans faire de plaies, mais cela le déforme (il montre ses mains légèrement gonflées et cyanosées), ils lui mangent les épaules, les yeux, les oreilles. Il n'a plus de biceps, plus de forces. Aussi voudrait-il être débarrassé de ces nains, mais il faudrait une opération, car le personnel de l'hôpital leur a défendu de quitter son corps.

Lucien présente de plus une *méconnaissance systématique de son identité.* Il n'est pas Lucien V., c'est le nom qu'on lui a donné à Sainte-Anne. C'est le nom de sa femme, elle s'appelait J. X. elle a épousé Jean V. « J'ai travaillé avec lui à la Compagnie, mais ce n'est pas moi. »

Ici, comme dans le cas de Laignel-Lavastine et P. Kahn, l'idée d'anthropopathie interne est née sur des reliquats d'onirisme confusionnel toxique ou infectieux. Elle paraît entretenue par des troubles de la cénesthésie, elle s'accompagne d'idées hypocondriaques et se trouve en contact avec des *idées de négation.* Le délire demeure fixe, il s'agit d'êtres humains de proportions réduites, mais complets, en nombre déterminé. Une fois admise l'hypothèse absurde de leur existence, on les voit vivre en *symbiose* régulière, sans incidents romanesques avec leur porteur, dont ils occupent le thorax ou l'abdomen. L'anthropopathie interne, sous cet aspect, se rapproche surtout des idées de zoopathie à vers intestinaux, ou, pour reprendre un mot très suggestif, du *parasitiférisme* de Bernard Leroy (1905).

II. *L'idée d'anthropopathie interne, dernière étape d'une intériorisation progressive en rapport avec l'automatisme mental et les hallucinations psycho-motrices.* — Tout oppose ce type au précédent. L'idée ne s'exprime qu'à la faveur d'une sensation de vie étrangère intérieure, au terme d'une intériorisation hallucinatoire, auditive, ou surtout psychomotrice dont on suit parfois les étapes ; elle est *épisodique,* transitoire, d'importance secondaire, n'étant qu'un élément du délire. Les êtres invoqués ont une *matérialité beaucoup moins accomplie,* ce sont des parties d'êtres, des virtualités appartenant à l'ambiance délirante. Par contre, ils agissent activement sur le malade, dont ils habitent en général la tête, le cerveau. Nos exemples appartiennent avant tout à la démence précoce.

Obs. 2. — Marguerite G..., démence précoce, observée avec M. Capgras, syphilitique (B.-W. positif dans le sang), prostituée de 39 ans, lors de l'internement (27 février 1928). Targowla note alors le sentiment de dépersonnalisation physique et psychique, des conceptions métaboliques : elle a un corps d'homme, son corps est trop petit pour sa tête, ses yeux changent continuellement, sa tête se détache de son corps, elle a des distinctions dans la tête.

En août, avec M. Capgras, nous constatons les hallucinations auditives. L'amant de Marguerite « lui parle *dans la tête*, la voix des personnes qui parlent lui entre également dans la tête, et s'accorde directement avec ses idées à elle, elle entend surtout des voix dans l'oreille droite ».

Au mois d'octobre, Marguerite, surexcitée, développe des troubles cénesthésiques et phrénesthésiques très riches, colorés d'érotisme. Elle est un petit squelette, *elle a une autre tête dans celle qu'elle a et un autre corps dans celui-ci.* Elle souffre continuellement, son cœur est percé, ses entrailles sont arrachées, elle est sans dos, sans épaules, à plat de ventre, plus un seul fil, aucune force du tout, une bonne personne comme elle, miroir sous l'influence de la médecine.

Alors apparaissent les idées d'anthropopathie interne, en rapport avec l'érotisme ambosexuel : « Elle est un phénomène, elle est du sexe féminin et masculin, elle est plutôt un homme, un petit homme, il est là-dedans (dans sa tête), il est mignon, ah ! elle le connaît bien (rires), il a une petite figure, il est tout nu, il lui donne des idées vagabondes, il lui dit des choses, c'est drôle, c'est un petit mélange. »

Le délire s'atténue devant les progrès de la discordance et de l'apathie démentielle. En octobre 1929, Marguerite se dit décapitée. Depuis 1930, à l'Asile d'Auch, elle n'émet que des idées stéréotypées et inadéquates de négation (elle est morte)..., et se trouve dans un état de cachexie avancée (1).

Chez la malade suivante, observée avec Mlle Pascal, prédomine l'automatisme mental et psychomoteur.

Obs. 3. — Ernestine C., démente précoce paranoïde, internée à 34 ans, en 1922, déclare alors : « J'ai été hypnotisée, on me donnait des ordres, monte donc ici, entre là ; quand je travaillais j'entendais dire : « Elle fait son manger, il sera cuit à midi. » Je partais de la maison malgré moi. »

---

(1) Adressons ici tous nos remerciements à nos collègues J. Robert, d'Auch, et J. Sizaret, de Mayenne, qui nous ont si utilement renseigné sur l'état actuel de ces malades.

A Maison-Blanche, dissociée, inerte, impulsive, avec des tentatives d'évasion, elle affirme en 1928 que son mari et l'une de ses filles sont dans son corps, qu'ils occupent en totalité : « Mon mari est en moi depuis 1921. Ma fille aussi, ils vont partir de mon corps le 2 juillet. » Elle entend leurs voix dans sa tête.

Transférée à Mayenne en 1929, elle émet des idées de grandeur fantastiques, présente toujours des hallucinations auditives et psychomotrices, mais reste indifférente à sa situation, réduite à une vie végétative. Jusqu'à cette année, elle prétendit que son mari était dans sa poitrine, dans sa tête. En juin, elle annonçait que son mari avait quitté son corps depuis sept mois, qu'il était parti artilleur de vaisseau. Sa fille Marthe est rossignol et vient lui dire bonjour dans la cour du quartier.

Chez Ernestine, le thème d'anthropopathie interne se *relie à celui de la grossesse,* ou tout au moins de l'enfantement. Elle aurait 5.650 enfants, dont 3.000 mariés, et, dans une lettre incohérente à son mari, écrite sur l'invitation du Docteur Sizaret, on lit : « ...Enfin, comme vous au pied, régiment de grossesse. Votre femme, Madame A., pour la vie, les Bébés vous embrasse bien. »

Quercy a indiqué les stades successifs de cette intériorisation en rapport avec l'automatisme moteur verbal, qu'invoquaient déjà Hamel et Billaud (1894) à la suite des études de Séglas, pour deux vésaniques qui croyaient avoir leur mère, leurs fils dans l'estomac. Les cinq prêtres qui « emboucanaient » la délirante de Séglas ne parlaient que par l'appareil phonateur de la malade. Une influencée catatonique observée avec Mlle Pascal et Agasse, entendait des voix dans les dernières phalanges de ses doigts, qu'elle plaçait derrière ses oreilles à la manière d'une antenne radiophonique. Un paralytique général de Masquin et Borel, crut, au décours de l'onirisme post-malarique, avoir dans la tête un homme sans bras ni tronc, qui lui imposait des représentations intenses et obsédantes. Des déments précoces, localisant dans la tête le siège de leurs voix, ne dépassent pas les analogies. « Je suis dégoûtée de la vie, nous dit Geneviève en pleine crise hébéphrénique, un jour pour moi est une semaine, ma tête est lourde, mes seins éclatent, je ne peux plus penser, j'ai senti un être vivre en moi, le Dieu que j'adorais. » Au milieu du désarroi profond de sa pensée, Geneviève exprime ce *sentiment de présence intérieure,* qui l'amène, sans qu'elle le franchisse, au seuil du délire de possession.

Délire de possesion et auto-dépossession. — Aussi bien le

domaine de l'anthropopathie interne (de même que ceux des formes voisines : zoopathie, grossesse, etc...) ne se superpose-t-il pas avec celui des délires de possession. Leur rencontre réalise des éventualités curieuses, les thèmes de possession les plus nets ne coïncident pas comme dans les cas classiques, avec l'automatisme hallucinatoire le plus pur : ainsi le débile vagotonique de Laignel-Lavastine, Papillaut et Bonnard, dont le roman de gynécopathie interne reposait avant tout sur l'interprétation hypocondriaque des topoalgies angoissantes, dues à l'aortite et l'hypertrophie de la prostate.

L'auto-possédée d'Aug. Ley, paralytique générale avec idées de négation et gros troubles cénesthésiques, niait son existence propre. De même que la fille laide, citée par Calmeil, assurait que sous sa peau existait un corps d'une beauté merveilleuse, cette malade voulait à tout prix délivrer la vraie Rébecca d'une enveloppe étrangère. Comme dans le délire des Sosies, le malade en proie à l'étrangeté, en vient à méconnaître la réalité la plus évidente pour soutenir, contre toute vraisemblance l'intégrité de la personnalité idéale, la pérennité et l'unité de sa vie mentale.



C'est là la modalité la plus suggestive, la plus vivante de l'anthropopathie interne, réaction à la désintégration profonde de la pensée : elle est alors proche de toutes les méconnaissances systématiques. Mais souvent, elle demeure à l'état d'ébauche, de symbole, tout au plus de réalisation imparfaite. La personnalité a encore trop de dynamisme pour se cristalliser dans l'absurde.

Les formes les plus explicitement formulées, reposent sur l'interprétation hypocondriaque de topoalgies viscérales et se rattachent au parasitiférisme, ce sont des *délires de symbiose,* plutôt que des délires de possession.

Dans tous les cas, l'idée d'anthropopathie interne, traduit un désarroi très avancé de la raison, qu'il s'agisse d'une dissociation marquée ou d'un fort abaissement de niveau. Enfin, l'on ne peut s'empêcher de relever la fréquence de la syphilis (trouvée 6 fois sur 8 cas où elle fut cherchée), qui s'inscrit à la fois comme facteur de scléroses viscérales et comme facteur d'atténuation du sens critique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Esquirol. — *Maladies Mentales*, t. I, p. 211.
2. Calmeil. — *De la Folie*, t. I, p. 33.
3. Macario. — Etudes cliniques sur la Démonomanie. *Annales Méd.-Psychol.*, 1843, t. I, p. 440.
4. Hamel et Billaud. — Démence vésanique avec personnalités dissociées. *Congrès des Al.*, 1894.
5. Bernard Leroy. — Le délire de parasitiférisme. *Congrès des Al.*, 1905.
6. Laignel-Lavastine et P. Kahn. — Interprétations cénestopathiques absurdes... *Soc. Psychiatrie*, 19 novembre 1925.
7. Pascal, J. Vié, Agasse. — Guérison rapide d'une influence catatonique. *Soc. Psych.*, 15 novembre 1928.
8. Laignel-Lavastine, Papillaut, Bonnard. — Délire de gynécopathie interne. *Soc. Psych.*, 15 nov. 1928.
9. Quercy. — *L'hallucination, étude clinique*, p. 417 (références de Séglas).
10. Aug. Ley. — Automatisme mental et syndrome d'auto-possession. *Congrès des Al.*, 1930.
11. Capgras et Fail. — Statistique d'une année de malariathérapie. Obs. 30. *Annales Méd.-Psych.*, avril 1931.
12. J. Vié et J. Bobé. — Les idées de grossesse. *Encéphale*, juin 1932.
13. Masquin et Borel. — Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques. Obs. VII. *Encéphale*, février 1934.
14. Beaudouin et Briau. — Négations de décès. Obs. III. *Encéphale*, mai 1934.

Dynamie fonctionnelle hébéphrénique

par MM. C. Pascal et J. Vié

Dans les phases actives et surtout au début de la démence précoce, les modalités réactionnelles sont fonction du niveau mental. Devant le sporadique et l'étrange qui brusquement surgissent, les dons de la pensée élevée se cabrent dans un effort de défense, d'auto-régulation et connaissent parfois, d'une façon passagère, l'allégresse spirituelle.

Cet état de dynamie fonctionnelle, comme l'appelait Régis à propos de la paralysie générale, n'est pas fréquent dans l'hébéphrénie. L'un de nous, dès 1906, établissant les voies habituelles de la déchéance mentale, a montré que les formules initiales sont presque toujours à base de dépression, de neurasthénie, de psychasthénie, de mélancolie. Les débuts *expansifs* qui, pour la masse des malades d'asile ne se traduisent que par une excitation de courte durée, peuvent réaliser chez les hébéphréniques cultivés ce « bonheur lumineux », cette « clairvoyance avec grâce » dont parlent les psycho-pathologues. Jaspers étudie le *stade de pénétration affective*, parfois enrichie et plus affinée. Les œuvres d'art semblaient à l'un de ses malades profondes, riches, impressionnantes comme de la musique enivrante... ; il trouvait dans les âmes féminines plus de richesse et de variété qu'autrefois.

Telle était la jeune musicienne observée dans le service de l'un de nous à l'asile de Maison-Blanche. Alors que l'hébéphrénie s'installait sournoisement chez elle et allait éclater sous le masque d'un délire d'interprétation (type Sérieux et Libert), la musique dans une « illumination » de quelques années, lui permettait de « se réaliser » sous l'action de la dynamie fonctionnelle et de l'allégresse spirituelle.

Mlle B..., d'origine russe, âgée de 30 ans, entre à Maison-Blanche le 3 octobre 1927, dans un état d'excitation hypomaniaque déjà marqué de discordance.

Elle est, en réalité, malade depuis de longues années. Sa mère, elle-même déséquilibrée, séparée de son mari, nous apprend que

sa fille, de 2 à 12 ans, présentait de fréquentes crises d'hystérie, à chaque contrariété. Mlle B... reçut une certaine instruction, put faire des études musicales assez approfondies, mais, depuis l'âge de 21 ans, elle mène, dit sa mère, une mauvaise vie, en même temps que s'accusent les traits psychopathiques.

Elle suivait alors les cours d'harmonie et de piano au Conservatoire, tout en travaillant comme dactylographe à la rédaction d'un journal. Le milieu, par la distinction des gens qui le composaient, lui agréait beaucoup. « J'étais gâtée, dit-elle, étant la seule jeune fille. Je traversai en ce moment *une période d'illumination et de santé cérébrale,* je voyais tout en rose comme quelqu'un qui est heureux de vivre, mon épanouissement musical en profitait. »

A la suite d'un changement de directeur, elle perd sa place et doit jouer dans les orchestres d'hôtels ou de cinémas. Ce nouveau métier lui déplaît d'abord : « J'étais trop raffinée pour jouer avec les musiciens d'orchestre, les élèves du Conservatoire ne sont pas du même monde qu'eux. ». Petit à petit, elle s'habitue et prend même en affection son métier de musicienne professionnelle.

A aucun moment, elle ne cesse ses études de musique. Elle recherche l'expression musicale de ses sentiments : « Je travaillais la musique pour pouvoir exprimer ce que je sentais. » Son récit est sans cesse entremêlé de sentiments orgueilleux puisés dans sa conscience d'artiste. Quand elle joue du piano dans sa chambre, « l'atmosphère se charge d'effluves qui restent suspendus dans l'air, et les personnes qui lui rendent visite en sont illuminées..., c'est la musique qui lui donne un air aristocratique, lui discipline les manières, lui allège le maintien. La musique est un fluide qui affine et allège le corps. »

Jusque vers 1925, la vie sentimentale de Mlle B... est presque nulle, elle se sent attirée vers les gens plus âgés qui représentent « l'exemple intellectuel », les jeunes gens lui paraissant trop gauches, timides, « bêbêtes », et elle-même étant trop enfant pour la vie sentimentale. Ce n'est qu'après la mort de son frère, qu'elle commence à avoir un regard bienveillant pour les jeunes gens qui lui rappellent celui-ci. En 1925, elle fait, dans un bureau où elle travaille, la connaissance d'un jeune homme dont la vantardise, les manières affectées, le chic l'impressionnent et l'intimident un peu. Un flirt s'ensuit, mais Mlle B... refuse de devenir sa maîtresse. Dès lors, commencent les ennuis. C'est le *roman érotomaniaque* habituel des démentes précoces, victimes de leur *apragmatisme* sexuel, avec un épanouissement interprétatif et vicariant (réflexions dans les rues, campagnes de presse, signes obscènes), qui fait de sa vie un supplice. « N'étant pas faite en série comme la plupart des gens », elle excite la jalousie des médiocrités, elle subit le sort de beaucoup de grands musiciens. Un incident, une gifle à une personne qui barre son chemin détermine l'internement.

Dès lors, l'évolution est rapide : sitiophobie, mutisme, catalepsie, minauderie, gâtisme par intervalles. En 1930, l'examen pharmacodynamique (haschischine : 0,10 ctgr.) révèle la persistance d'un gros capital psychique, d'une sensibilité affinée, d'une conscience douloureuse du morbide : Mlle B... décrit ses barrages, l'impossibilité de communiquer sa pensée. En 1935, elle reste inerte, fixée dans une attitude scoliotique, facilement ironique, jonglant avec les mots, mais ne témoignant d'aucune manifestation spontanée.

Certains malades vont plus loin et accomplissent un effort vraiment créateur, artistique ou littéraire original dans lequel s'affirme leur personnalité et qui parfois semble révéler certaines facultés latentes. Peut-être le progrès de la maladie lève-t-il, comme le pense C. Schneider, des inhibitions qui s'opposaient à l'actualisation des possibilités mentales.

Il est à noter que la démence précoce ne compte à son actif aucune découverte scientifique, aucun travail mathématique intéressant. Les polytechniciens hébéphréniques de St-Maurice se livrent parfois à l'étude des problèmes ardus, mais les stéréotypies arithmomaniaques y abondent et le travail le plus complexe ne représente qu'un effort mnémotechnique. De même, dans le domaine des arts, C. Schneider remarque que les schizophrènes ne s'adonnent que rarement à l'architecture qui demande des capacités mathématiques, et à la musique qui exige du sentiment, de la mesure et du rythme. Moebius considérait Schumann comme un dément précoce, il n'étudiait en lui que les bizarreries du comportement, négligeant l'ensemble de son œuvre musicale, création incessante aux rythmes émotionnels intenses. L'un de nous (1914) a discuté ce diagnostic : Schumann était un cyclothyme devenu paralytique général à la fin de sa vie ; cette manière de voir est aujourd'hui acceptée partout. Polik a observé deux schizophrènes compositeurs ; leurs œuvres, hérissées de difficultés techniques étaient vides de sentiment et d'idées, les motifs se répétaient uniformes, se figeaient suivant une formule catatonique.

Le cas de Nijinski appelle l'attention sur le domaine de la *danse et de l'expression dramatique*. Dans la curieuse biographie de son mari, Romola Nijinska décrit cette création tragique, cet étrange récital qui précéda de peu l'internement. « Je vous danserai, annonça l'artiste, la guerre, ses souffrances, ses destructions, ses morts ». Obéissant à son inspiration, il improvisait, sous les yeux des spectateurs fascinés, « une

danse qui était quelque chose dont aucun d'eux n'avait jamais été le témoin ». R. Nijinska souligne la puissante valeur symbolique de cette évocation désespérée, qu'elle compare « à la scène de Petrouchka où l'on voit la marionnette tenter d'échapper à son destin ». C'était un effort suprême pour fuir une fin inévitable. C'était bien « *la danse, pour la vie, contre la mort* ».

La création artistique, à ce degré, représente l'équivalent de ces *fictions* d'évasion hors du monde, *de cataclysme et de résurrection universelles*, qui appartiennent aux méconnaissances systématiques.

On peut se demander par ailleurs si chez Nijinski, comme chez le grand acteur cité par Troemner, la catalepsie n'avait pas favorisé depuis de longs mois les attitudes tragiques, l'équilibre si paradoxal de « *l'homme-oiseau* » aux bras éployés, les figures longuement soutenues du « Spectre de la Rose ».

Il est certain que la démence précoce, en son début, imprime aux œuvres des artistes un cachet de bizarrerie, d'abstraction, de libération de la matière, qui sur le fond du génie ou du talent brille d'un éclat très spécial. Jaspers a soutenu que chez Hölderlin le début de la maladie marquait un enrichissement et une élévation de la pensée. L'objectivité, l'exactitude, la sobriété poussée jusqu'à la sécheresse, le rythme obsédant, les descriptions nostalgiques de l'isolement moral aboutissent parfois, selon Prinzhorn, à un accroissement de l'émotionnalité. Parfois, des malades sans génie poétique mais doués d'une grande sensibilité et d'une clairvoyance profonde, écrivent des vers et traduisent d'une façon poignante la souffrance de se sentir blessés à mort.

L'excitation poétique est, chez l'hébéphrénique, comme le chant du cygne, l'annonce d'une fin mentale prochaine. L'allégresse intellectuelle laisse vite place à l'improductivité et la pénétration affective s'estompe dans le ricanement d'une ironie profonde. L'alogique s'installe entre l'étrangeté du monde et l'étrangeté du moi. La création cesse, l'affectivité se décharge de ses rythmes émotionnels et le verbalisme aux moules creux grâce à la persistance prolongée des automatismes techniques, donne pendant longtemps l'illusion d'un rationalisme persistant.

La dynamie fonctionnelle a été un sursaut suprême qui s'est immobilisée rapidement dans la stérilité démentielle.

Encéphalite psychosique suivie d'un syndrome de démence précoce. Pyrétothérapie. Apparition d'un érythème noueux. Rémission actuelle.

par M. le Dr Henry Christy (du Mans)

L'an passé, à ce même Congrès, nous avons publié quelques cas de guérisons psychopathiques, coïncidant avec des localisations viscérales tuberculeuses. Restant aujourd'hui sur un terrain voisin, nous vous rapportons l'histoire d'une jeune fille que nous avons considérée comme démente précoce, et qui, consécutivement à un traitement pyrétogène, fit un érythème noueux et entra dans une rémission qui semble devoir être durable.

Berthe D..., âgée de 19 ans, est envoyée à la maison de Santé Départementale de la Sarthe, dans le courant du mois de mars dernier. La température à l'entrée est aux environs de 39°. L'état général est très altéré : langue sèche, lèvres fuligineuses, salive visqueuse, œil hagard, haleine très fétide. Désorientée dans le temps et dans le lieu, la malade est en proie à un délire diffus et à une agitation psycho-motrice intense. Elle est gâteuse. L'examen viscéral et neurologique ne révèle rien. La ponction lombaire donne les résultats suivants : albumine, 0 gr. 25 ; sucre, 0,32 ; lymphocytes, 3. Pas de microbes. Réaction de Bordet-Wassermann négative. Le taux de l'urée dans le sang est 0 gr. 63 (par litre).

Consécutivement à un traitement anti-infectieux (sérum physiologique à hautes doses quotidiennes et Urotropine pendant une quinzaine de jours), l'état général se relève nettement et de confuse, la malade devient discordante : les réactions affectives sont paradoxales (rires et pleurs immotivés). Il existe des alternatives de violence et d'apathie) ; les idées délirantes sont complètement incohérentes, l'état gâteux persiste.

Devant cette symtomatologie qui nous fait porter le diagnostic de démence précoce au début, nous instituons un traitement pyrétogène à l'huile soufrée ; huit accès (autour de 40°) sont déclanchés. Chaque fois que la malade était en hyperthermie, l'état

mental était normal, la discordance s'installant de nouveau avec l'apyrexie.

En mai, deux mois par conséquent après son arrivée à l'Asile, la malade présente un érythème noueux typique sur les membres inférieurs, qui, comme il est de règle, ne dure que quelques semaines.

En juin, la malade apparaît normale, reçoit la visite des siens, s'intéresse à la correspondance, fait actuellement des travaux de couture.

L'intérêt de cette observation n'est pas de notre point de vue un intérêt thérapeutique. La pyrétothérapie nous apparaît dans les psychoses évolutives comme un tel levier thérapeutique que nous penserions être coupable de n'en pas profiter. Et par ailleurs, les esprits sceptiques en matière thérapeutique ont quelques observations de démences précoces entrant spontanément en rémission.

L'intérêt, pour nous, réside dans le fait que la guérison ou mieux la rémission a été précédée de l'érythème noueux. Cette affection dermatologique a été l'objet dans ces dernières années de très nombreuses études. Si certains auteurs tels que Mazzanti, Wolff, Jobin, Comby, Millian, sont partisans de l'autonomie de l'érythème noueux, de plus nombreux signalent les rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose. Les opinions de Bertoye, Rotnes, Morquio, Giertsen plaident dans ce sens. Moritz pense que l'érythème noueux est une réaction allergique de la tuberculose.

Après les remarquables travaux de M. d'Hollander et de M. Henri Baruk sur l'origine tuberculeuse de certaines démences précoces, il nous a semblé intéressant de jeter dans le débat cette observation qui, certes, n'apporte pas de preuves absolument convaincantes, mais en matière de tuberculose et de démence précoce, nous pensons que les données de la Clinique offrent autant d'intérêt que celles du Laboratoire.

Dr Dublineau (d'Armentières). — La communication de M. Christy attire à juste titre l'attention sur l'intérêt qu'il y a à suivre, chez un sujet présentant des troubles à type de démence précoce et traité par la pyrétothérapie, particulièrement par la pyrétothérapie soufrée (seule ou associée aux sels d'or), l'évolution possible d'une tuberculose ultérieure. Avec M. le professeur Claude, nous avons publié trois cas de ce

genre, dont tous n'ont pas eu une évolution somato-psychique également favorable. Deux se sont accompagnés d'une rémission (un cas pulmonaire, l'autre, à type de pleurésie). Le troisième a été suivi au contraire d'une évolution pulmo-tuberculeuse ultérieure sans modification psychique. A l'Asile d'Armentières, j'ai eu l'occasion d'en suivre deux nouveaux cas traités par la seule huile soufrée. Dans le premier, il s'agissait d'un état à type d'hébéphréno-catatonie, avec quelques manifestations cependant qui pouvaient faire penser à des manifestations parkinsoniennes frustes ; la pyrétothérapie n'amena aucune modification de l'état mental ; par contre, dans les semaines qui suivirent, apparut une tuberculose cutanée de la face antérieure du poignet, qui évolue actuellement.

Dans le second cas, il s'agissait d'un état confusionnel chronique avec manifestations hypomaniaques et ébauche de discordance. Après le traitement apparut une adénite cervicale avec gros empâtement, qui tend à augmenter et qui s'accompagne d'une élévation de l'indice photométrique de floculation (Réaction de Vernes à la Résorcine).

Ce dernier point souligne en passant l'intérêt qui s'attache à la lecture de cette réaction avant, pendant et après le traitement. Outre sa valeur pronostique, au cours du traitement, dans certains cas (fait sur lequel nous avons antérieurement insisté), la persistance post-thérapique d'une élévation de l'indice, jointe, le cas échéant, à une surveillance radiologique, doit faire, en dehors de toute question pathogénique, redouter le passage à une forme évolutive quelconque de tuberculose.

Intoxication oxycarbonée

par M. G. Van Looy (de Bruxelles)

Le malade dont je vous rapporte l'observation pose un problème intéressant de diagnostic.

Au moment de son admission, il est âgé de 39 ans. Son aspect somatique ne présente rien de particulier. Son attitude, par contre, attire mon attention : il n'a pas l'air de se trouver dépaysé dans ce milieu nouveau pour lui et l'approche d'une figure nouvelle n'éveille pas son intérêt. Un premier examen donne les résultats suivants :

Pupilles égales, régulières, réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation, gros tremblement de la langue, réflexes rotuliens et achilléens plutôt vifs, pas de Babinski, douleur à la pression des mollets (ce qui me fait songer à l'alcoolisme et, en effet, le malade avoue boire au moins 4 à 5 verres de bière par jour), foie de volume normal.

Au point de vue mental : désorientation dans le temps, approbativité, bradypsychie marquée, indifférence absolue, intérêt impossible à éveiller, émotivité nulle, ensemble de symptômes qui n'est pas très caractéristique de l'intoxication alcoolique, à moins qu'elle ne se soit poursuivie depuis très longtemps, à moins aussi qu'elle soit associée à la paralysie générale, association fréquente et qui sera à vérifier par la ponction lombaire.

Mais la ponction pratiquée le lendemain montre qu'il n'en est rien. Toutes les recherches faites dans le liquide céphalo-rachidien fournissent en effet des résultats normaux : cytologie : 1,1 ; albumine : 0,22 ; Ravaut, Pandy, Weichbrodt, Noguchi, BGS et Kahn : négatifs.

L'intoxication alcoolique serait donc seule responsable de cet état un peu particulier ?

Je réexamine le malade deux jours après son entrée. Je vous signale que pendant ces deux jours il a reçu de la strychnine. Vous connaissez les effets rapides de cette médication sur l'intoxication alcoolique. A l'Institut de psychiatrie nous l'uti-

lisons très régulièrement, et nous en obtenons toujours d'excellents résultats. Il est évident que la désintoxication ne peut pas être complète en deux jours, mais notre malade, lui, ne présente *aucune* amélioration.

Il est désorienté dans le temps, ignore quel jour nous sommes et en quel mois, mais connaît l'année.

Son attention est très difficile à éveiller, sa compréhension particulièrement lente. Il lui faut un temps très long pour répondre aux questions, et il lui arrive visiblement d'oublier qu'on vient de lui demander quelque chose.

La mémoire est déficiente, il commet des erreurs sur le nombre de jours qu'il a passés à l'hôpital ; s'il est en état de donner sa date de naissance, il prétend d'une façon constante qu'il a 37 ans, alors qu'il en a 39. Il sait que sa fille a 4 ans, mais il ignore en quelle année elle est née.

Les calculs simples ne sont pas réussis.

2 × 6 = 12.
3 × 7 : ne va pas.
3 × 4 : « ce n'est sûrement pas plus que 4 × 4, et encore ! il se peut que je me trompe. »

L'allusion à sa petite-fille n'éveille pas son affectivité. Lorsqu'on lui fait remarquer que c'est une chose anormale, inquiétante, que c'est une chose grave de ne plus avoir de mémoire comme c'est son cas, la chose ne le trouble aucunement.

Et pour compléter ce tableau, voici ce que signale le personnel de la salle : le malade est en général inerte, il ne quitte presque pas son lit. Quand on lui donne une occupation, il n'arrive pas à la finir ; il faut le harceler sans cesse. Quand on lui demande de faire quelque chose, il répond « oui » et ne le fait pas.

Parfois, il s'amuse à faire balancer les objets pendus au mur, ou à faire marcher les interrupteurs d'électricité. Parfois, il se lève et va chatouiller les pieds du malade voisin. Lorsqu'on l'envoie se laver, il s'attarde à jouer avec l'eau.

Le malade urine au lit ou bien il se lève et urine à côté de son lit ou au milieu de la salle quand la surveillance se relâche. Il lui est même arrivé de diriger le jet d'urine vers son visage, qu'il frottait ensuite de ses mains.

Enfin, il présente parfois du négativisme, refusant de prendre un bain, refusant de se laisser changer.

Mais voilà qu'au cours de l'interrogatoire — où les réponses sont très elliptiques — le malade me dit qu'il travaille dans une fabrique de coke.

Cela, joint à cet état du malade, semblable à aucun état courant, me pousse à demander qu'on recherche dans son sang la présence d'oxyde de carbone. Et la réponse est affirmative. J'ajoute qu'on a pu apprendre dans la suite que depuis 5 ans le malade est chauffeur de chaudières dans une cokerie.

Et alors tout devient clair. Ce trouble net de la mémoire est en effet courant dans l'intoxication oxycarbonée, de même que cette lenteur d'idéation, cette *inertie mentale,* si marquée chez lui. De même aussi que la fatigabilité mentale.

Un malade décrit par le professeur Vermeylen (1) présentait également une forte amnésie, comme celui-ci, comme un autre aussi dont j'ai donné la description il y a deux ans (2). Mais ces deux malades, se rendant compte apparemment de leur amnésie et ennuyés de toujours répondre : « je ne sais pas » aux questions qu'on leur posait, présentaient le phénomène de la *fabulation provoquée,* c'est-à-dire : ils inventaient des réponses, ils donnaient des réponses qui leur semblaient logiques. Le malade qui nous occupe actuellement ne présente pas ce phénomène.

Faut-il en déduire que ce symptôme n'est pas caractéristique de l'amnésie consécutive à l'intoxication oxycarbonée ? Des explications sont possibles. Le malade qui nous occupe sort d'un milieu à vie intellectuelle rudimentaire. Il sait à peine lire et écrire. Son milieu ? — Je signalerai que sa femme ne sait pas exactement définir à quelle sorte de travail se livre son mari — et il occupe cette place depuis cinq ans. Donc un milieu primitif. Un cerveau primitif. Le malade ne fabule pas, parce que fabuler n'est probablement pas à la portée de ce cerveau primitif.

Autre explication, et que je crois tout aussi valable : à son état d'inertie mentale due à l'oxyde de carbone, le malade joint un état de démence, dû, lui, à l'intoxication alcoolique. Et cette insouciance à rester en contact avec l'entourage, cette sorte de manque de pudeur intellectuelle est peut-être l'effet de l'intoxication alcoolique.

J'en reviens aussi à cette lenteur d'idéation, à cette lenteur

---

(1) Vermeylen. — *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie,* 1933, p. 595. Troubles psychiques dûs à une intoxication lente par l'oxyde de carbone.

(2) Van Looy. — *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie,* 1933, p. 374. Un cas d'intoxication oxycarbonée.

de compréhension, à cette insuffisance de l'attention que l'on retrouve chez ce malade. MM. Heuyer et Dublineau (1), les ont décrits chez un enfant victime de la même intoxication, et qui présente une « activité manuelle et psychique des plus rudimentaires » et est « dans l'ensemble indifférent à la plupart des circonstances extérieures ». On les retrouve dans la plupart des cas d'intoxication oxycarbonée, dont elles semblent donc bien être des symptômes constants.



Je vous ai signalé que, à part le tremblement de la langue et la douleur à la pression des mollets, qui tous deux peuvent être dûs à l'alcool, notre malade ne présente pas de troubles organiques, pas de signes neurologiques. Le malade décrit par le professeur Vermeylen n'en présentait pas non plus, de même que celui que j'ai décrit il y a deux ans. Nous avons pu observer l'année dernière une malade qui avait tenté de se suicider au moyen du gaz d'éclairage. Elle aussi était indemne de tout trouble neurologique. Un autre malade a été hospitalisé ici, à l'Institut, malade qui, après une intoxication oxycarbonée, a présenté des troubles neurologiques très marqués et des symptômes d'hémorragie cérébrale. Or, ce malade, lorsqu'il avait subi son intoxication, était en compagnie de trois collègues qui, eux, n'ont rien présenté de spécial. L'intoxication, peut-être un peu plus forte pour le malade en question qui, lui, s'était penché sur l'endroit d'où s'échappait l'oxyde de carbone, n'avait en aucune façon pu être très accentuée. Je ne puis m'empêcher de croire que, dans le cas de ce malade, l'oxyde de carbone a simplement accentué un trouble préexistant et provoqué une hémorragie qui ne demandait qu'à se produire et dont la cause réelle n'a pu être mise en évidence.

A ce sujet, je rappellerai l'opinion de Heuyer et Dublineau. En décrivant le cas cité plus haut, ils constatent que, de toute la famille soumise à l'intoxication qui, comme celle qui nous occupe, était une intoxication lente, l'enfant a été seul à présenter des troubles très profonds, beaucoup plus marqués que chez les autres membres de la famille. Et voici ce qu'ils

---

(1) Heuyer et Dublineau. — *Annales Médico-Psychologiques*, 1933, p. 223. Etat démentiel chez un enfant, consécutif à une intoxication oxycarbonée chronique.

disent : « Peut-être faudrait-il retenir chez cet enfant l'existence de petits signes de dégénérescence..., peut-être pourrait-on penser que l'oxyde de carbone aura touché de préférence un cerveau congénitalement plus fragile. On retrouve ici le problème si difficile de l'électivité du toxique en fonction du terrain, problème sur lequel on insiste actuellement, à juste titre, pour toutes les intoxications exogènes. »

En considérant ces quelques cas, il me paraît légitime d'admettre que de lui-même l'oxyde de carbone ne provoque que des symptômes mentaux, et pas de symptômes neurologiques.



Il reste à envisager d'un autre point de vue cette intoxication oxycarbonée qui s'est installée d'une façon progressive (aux dires de la femme, le malade était devenu bizarre en effet depuis trois à quatre semaines), c'est du point de vue médico-légal. Comme le dit le professeur Vermeylen, « il est possible que certains délits bizarres avec soi-disant amnésie, et qu'on est trop enclin à considérer comme le fait de simulations intéressées, sont dûs, en fait, à des états d'intoxication ou d'infection lente, qu'un examen extrêmement poussé pourrait seul déceler, ou même qui dépasseraient nos moyens actuels d'investigation ».

Le temps de réaction chez les paralytiques généraux avant et après malarisation

par MM.

G. Vermeylen et G. Audet

Professeur de Psychiatrie à l'Université de Bruxelles

Agrégé de l'Université Laval, Canada

Notre communication a pour but de vous présenter un travail en cours, dont il n'est pas encore possible de tirer des conclusions définitives, mais où quelques points intéressants peuvent, dès maintenant, vous être signalés.

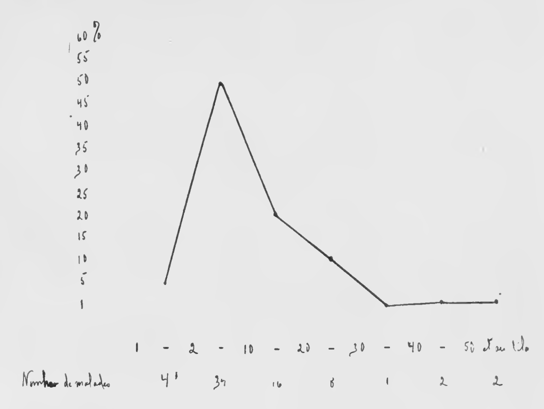
De nombreux travaux ont paru sur le temps de réaction en psycho-pathologie ; il faut signaler notamment, les recherches de Rémond, Charpentier, Nayrac, Lahy et Weinberg, Robinovitch, Claparède, Stanley Hall, Piéron et Doniselli.

Nous avons repris cette intéressante question en l'étendant au problème des modifications neuro-psychiques qu'amène chez ces malades la malarisation.

Technique de la recherche du temps de réaction. — Nous avons employé la méthode visuelle, en utilisant le chronoscope électrique de d'Arsonval au 1/100e de seconde, le malade réagissant par rétraction du doigt au moyen de la clef de Morse. Le malade, installé dans une autre chambre, était entièrement isolé des appareils inscripteurs et de l'expérimentateur. Une infirmière, dressée à cet effet, se tenait auprès du malade, de façon à surveiller ses réactions et à prévenir l'expérimentateur des erreurs ou fausses manœuvres éventuelles.

Chaque séance comportait dix séries de douze réactions dont nous négligions les deux premières. Les excitants se suivaient régulièrement, à un intervalle de cinq secondes, et il y avait entre chacune des séries de douze réactions, un repos d'environ 30 secondes.

Le temps de réaction (T.R.) chez les paralytiques généraux. — Nous avons examiné 72 paralytiques généraux, qui sont passés à l'Institut de Psychiatrie depuis environ 1 an et demi. Sur ces 72 malades, nous avons dû en éliminer 5, soit 6,9 %, qui présentaient un syndrome confusionnel, qui ne leur permettait pas de comprendre la consigne, pourtant très simple,



Graphique I. — Courbe des temps de réaction des 67 malades.

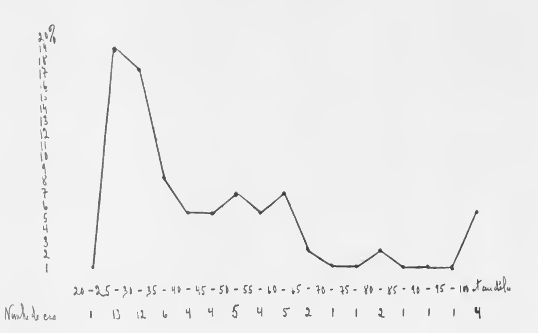
de l'expérience. Cela nous ramène à 67 malades, dont nous pouvions tenir compte.

Si nous examinons les résultats obtenus, une première conclusion s'impose : aucun de ces malades n'a un temps de réaction répondant à la moyenne normale, soit 19 centièmes de seconde. Il y a donc ralentissement du T.R., ce qui semble être la règle chez les paralytiques généraux. Les résultats les plus rapides sont de 23,83 centièmes de seconde, et les plus lents, de 2 secondes et 68/100e.

Voyons comment se répartissent les T.R. chez nos malades (voir graphique I). A peine 1,4 % de nos malades (1) donne un T.R. entre 20 et 25 centièmes de seconde. La plus forte proportion, soit 19,4 %, se rencontre entre 25 et 30 centièmes de seconde, et la fréquence la plus élevée après celle-ci, se

retrouve dans le groupe suivant, entre 30 et 35, soit 17,9. En additionnant ces deux fréquences, 19,4 et 17,9, ce qui fait un total de 37,3, on voit que 37,3 % de nos malades (25), ont un T.R. variant de 25 à 35 centièmes de seconde.

Le reste, qui représente la grosse majorité, soit 61,3 %, 41 de nos malades, dépassent 35 centièmes de seconde et peuvent même aller au delà de 100, ayant un ralentissement considérable et d'allure massivement pathologique.



Graphique II. — Courbe de la variation moyenne des 67 malades.

La variation moyenne (*V.M.*) *chez les paralytiques généraux.* — Ce qui est peut-être plus intéressant que ce ralentissement des T.R., c'est la recherche de l'écart moyen, c'est-à-dire, de la moyenne des T.R. s'écartant de la moyenne théorique, ce qu'on appelle communément la variation moyenne.

Cette variation moyenne est, chez les sujets normaux, généralement inférieure à l'unité et dépasse rarement 2. Fort peu de nos malades restent dans ces limites normales (4), ce qui fait 5,9 % (voir graphique II). La plus forte proportion, soit 50,7 %, est donnée par des sujets ayant une variation moyenne située entre 2 et 10. Le reste, soit 43,4 %, présente des V.M. ayant un écart considérable, pouvant aller de 10 à 90,60.

C'est là une des caractéristiques des manifestations neuropsychiques des paralytiques généraux, sur lesquelles nous désirons spécialement attirer l'attention. Ces malades pré-

sentent, en effet, non seulement une diminution du rendement psychique, comme le montre bien l'allongement du T.R., mais surtout, des variations fréquentes et importantes de ce rendement. De même, dans l'étude de leur niveau mental, on a constaté, non seulement un abaissement de ce niveau, mais de grandes variations dans les résultats successifs des épreuves. Ce dernier fait semblait à certains auteurs (Sosset, Vermeylen), plus caractéristiques que l'abaissement du niveau lui-même. Et ici encore, cet écart de la variation moyenne nous semble plus intéressant que le simple allongement du temps de réaction.

Ces variations se montrent encore mieux, si au lieu de tenir uniquement compte des chiffres globaux de la V.M., on compare chacune des dix séries d'un même individu, au cours d'une même séance. Il apparaît alors des différences brusques et considérables qui révèlent une instabilité vraiment pathologique du tonus neuro-psychique. C'est là, à notre sens, un des motifs du faible rendement neuro-psychique de ces malades.

Cet élément fonctionnel explique également les améliorations de rendement qu'on constate après malarisation chez certains de ces malades. Tout comme l'abaissement du niveau mental n'est pas chez eux un signe de démence, mais un effet de cette instabilité fonctionnelle du rendement psychique, l'allongement du T.R. que nous avons constaté, nous paraît être lui-même un effet de la même instabilité, dont nous avons la preuve dans l'écart des V.M. que présentent ces malades.

Le temps de réaction après malarisation. — Sur ces 67 malades examinés avant malarisation, nous n'avons pu en revoir que 39. Nous avons revu également un des 5 malades éliminés au début de ce travail, parce qu'ils présentaient un syndrome confusionnel, ce qui fait, en tout, un total de 40 malades revus.

De ces 40 malades, 38 ont été examinés immédiatement après la cure, et ont été suivis durant un temps plus ou moins prolongé, pouvant aller jusqu'à 1 an et demi.

Nous pouvons répartir ces malades en trois catégories. Tout d'abord, les sujets cliniquement améliorés, qui constituent le plus grand nombre, c'est-à-dire 23 sur 40 ou 57,5 %. Cette amélioration s'est tantôt produite d'emblée, et n'avait pas encore donné tous ses effets au moment où le malade a quitté l'Institut ; tantôt plus tardivement, ce que nous avons cons-

tâté chez certains malades que nous avons pu revoir après leur sortie de l'asile et leur retour à la vie sociale.

Une deuxième catégorie, comprenant 6 malades, soit 15 %, n'a pas été modifiée par le traitement, et enfin, une troisième catégorie, comprenant 11 malades, soit 27,5 %, dont l'état s'est aggravé.

Le T.R. chez les malades améliorés par la cure malarique, s'est montré raccourci de façon constante. La plupart, immédiatement après la cure, soit 17 sur 23, les autres, ultérieurement.

En général, les malades améliorés par la malaria ont continué à améliorer leur T.R. On constate pourtant quelquefois, un allongement temporaire du T.R., mais aucun de nos malades améliorés n'a définitivement rétrogradé.

Le gain obtenu chez ces malades, peut être considérable, et varie entre 2 et 77 %. Mais ces chiffres ne donnent qu'une représentation inexacte de la réalité, étant donné que certains sujets, ayant déjà primitivement un T.R. proche de la normale, n'ont pu réaliser qu'un gain apparemment minime, mais qui n'en est pas moins significatif.

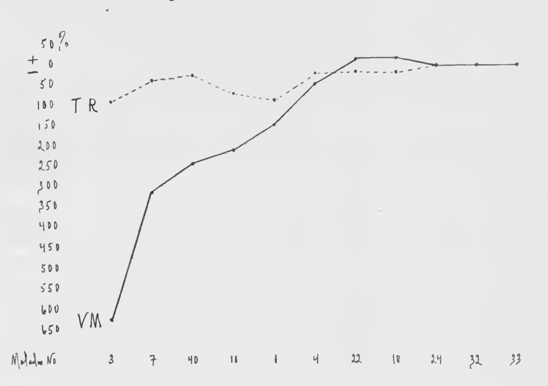
Le T.R. des malades qui n'ont pas été améliorés cliniquement par le traitement, continue à osciller autour des chiffres obtenus avant malarisation. Cette oscillation est tantôt en faveur du malade, tantôt à sa défaveur, mais ne marque que des gains et des pertes insignifiants, et dont il n'y a pas lieu de tenir pratiquement compte. Ces résultats valent non seulement pour l'examen fait immédiatement après malarisation, mais pour les examens successifs qui ont pu être faits ultérieurement.

Enfin, le T.R. des malades cliniquement aggravés, après le traitement, nous montre, comme on peut s'y attendre, un allongement considérable du T.R. Certains malades n'ont même pu être examinés, à cause d'un état confusionnel qui rendait, de façon persistante, tout examen impossible.

D'autres ont présenté un allongement progressif de leur T.R. Pour l'un d'eux, le T.R. qui était primitivement de 28,76, a été, immédiatement après la malarisation, de 36,23, de 36,87 à la fin de la première semaine, de 37,85 à la fin de la deuxième semaine, de 44,11 à la fin de la troisième semaine, et 51,64 au dernier examen, à la fin de la cinquième semaine. En deux mois de temps, et après malarisation, le T.R. de ce malade a donc presque doublé, il est passé de 28,76 à 51,64.

Ces malades se distinguent donc nettement des malades stabilisés, par le fait d'un allongement progressif du T.R., alors que pour les malades stabilisés, le T.R. continue, aux examens successifs, à osciller autour des chiffres obtenus avant malarisation.

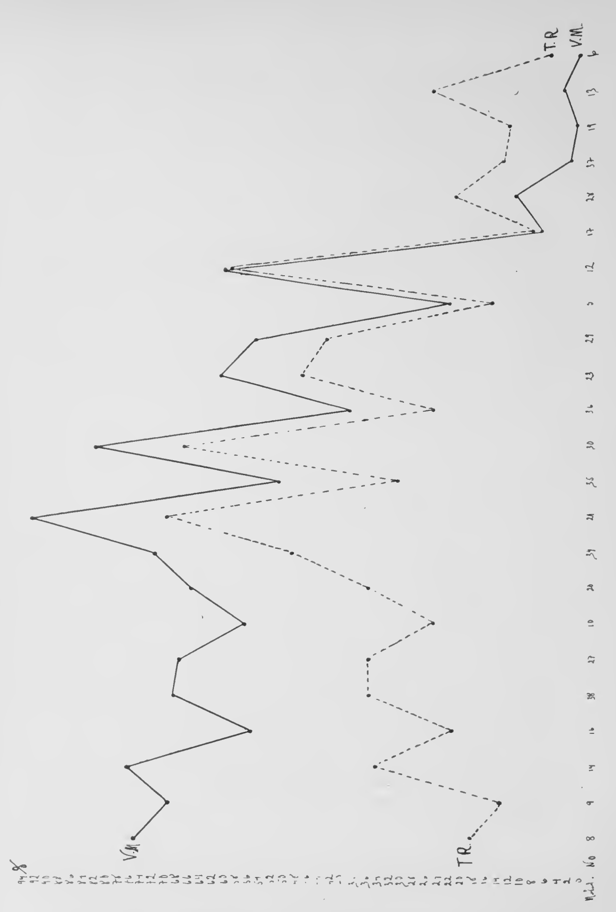
La variation moyenne après malarisation. — Nous tenons à rappeler, en abordant ce dernier point, que nous avons attaché une grande importance aux oscillations fréquentes et importantes de la variation moyenne, chez les paralytiques généraux non encore traités par la malaria.



GRAPHIQUE III. — Etude de la stabilité chez les P.G. améliorés par la malarisation. Comparaison des gains en %, pour chaque malade, du T.R. et de la variation moyenne. Chiffres provenant du dernier examen.

Le groupe des malades améliorés par la malarisation, nous montre l'intérêt de cette recherche, non seulement au point de vue sémiologique, mais également au point de vue de la confirmation objective de l'amélioration clinique de ces malades. Nous constatons, en effet, que tous ces malades ont une amélioration, parfois considérable, de leur V.M., pouvant atteindre 93 %, par rapport à leur état antérieur.

Cette amélioration est, dans la plupart des cas, soit 17 sur 23, plus importante que le raccourcissement du T.R. Le graphi-



Graphique IV. — Etude de l'instabilité chez les P.G. non améliorés par la malarisation. Comparaison des pertes en %, pour chaque malade, du T.R. et de la V.M.

que III nous montre, en effet, un écart entre le gain du T.R. et celui de la V.M., qui peut aller jusqu'à 58 %, au profit de la variation moyenne. Cette différence reste notable dans la plupart de ces 17 cas. Au contraire, dans les 6 cas où la différence se marque au bénéfice du T.R., l'écart le plus élevé ne dépasse pas 22 %.

Il semble donc bien que l'amélioration constatée chez ces malades après malarisation, ait une tendance à se manifester plus encore par la stabilisation de leur rendement psychique, concrétisée par l'amélioration de leur V.M., que par le gain psychique purement quantitatif, révélé par le raccourcissement du T.R.

C'est là une constatation importante et qui éclaire d'un jour spécial, la pathogénie psychique de ces malades. Leur état mental pathologique est bien plus fait, dans les premières phases de la maladie, d'une instabilité de rendement, d'un manque d'effort psychique et d'un approximativisme mental, que d'une véritable déchéance intellectuelle. L'amélioration clinique qui se produit après certaines cures malariques, est donc beaucoup plus due à une stabilisation de leur tonus psychique qu'à une amélioration réelle du psychisme lui-même.

Chez les malades aggravés (voir graphique IV), ces vues se trouvent confirmées par l'inversion des résultats. En effet, la V.M. est généralement moins bonne qu'avant la malarisation, et l'allongement des écarts suit l'aggravation de l'état clinique. De plus, le décalage entre le T.R. et les V.M. se fait au bénéfice du T.R., ce dernier ne s'allonge que faiblement, par rapport à l'augmentation d'écart considérable de la variation moyenne. Pour le malade le plus aggravé, en effet, l'allongement du T.R. n'est que de 83 %, alors que l'écart de la V.M. atteint, par rapport à l'état antérieur à la malarisation, 619 %, soit, un écart entre le T.R. et la V.M. de 536 %.

Les malades stabilisés, comme pour le T.R., ne montrent que des oscillations légères de leur V.M., et le rapport entre le T.R. et cette variation ne présente que des modifications de peu d'importance.

Dr Simon (de Paris). — Je voudrais simplement féliciter les auteurs de leur travail. C'est en effet seulement par des procédés de ce genre, un peu arides, mais d'une extrême précision qu'on peut je crois, aujourd'hui, faire faire des progrès à l'étude des maladies mentales. Tout ce que la clinique habi-

tuelle a pu nous apprendre, sans doute nous l'a-t-elle appris. Au contraire des méthodes expérimentales et objectives comme celles-ci ne sont encore qu'à l'aurore de leur développement. Or, si nous savons tous par notre expérience que les paralytiques généraux impaludés sont fréquemment plus actifs après celle-ci, ce n'est toutefois qu'une impression, tandis qu'ici nous chiffrons le changement subi.

Et j'ajouterais, comme vous l'a d'ailleurs indiqué le rapporteur, que par là non seulement nous mesurons en quelque sorte la gêne de l'idéation du paralytique général, non seulement nous suivons les effets irréguliers de la malariathérapie, mais nous aboutissons à une analyse des processus mentaux du paralytique général. C'est une pénétration plus exacte, plus minutieuse de ces troubles qui nous est ouverte. On ne peut que regretter, étant donné ces résultats, que de tels travaux restent encore aussi rares et que souhaiter leur multiplication.

La paralysie générale n'est-elle due qu'à la syphilis ?

par M. le Prof. Mazhar Osman (Istambul)

Nous savons que la répartition de certaines maladies est géographique et qu'elles sont spéciales à certaines contrées. J'avais, au Congrès de Lyon, parlé de la rareté de la sclérose multiple et de la paralysie infantile en Orient. Aucune discussion possible pour la maladie de Heine Medin. Sur l'observation, qu'au Proche-Orient, elle ne se rencontre que dans les ports en contact régulier avec l'Occident, et surtout, chez les personnes qui voyagent très souvent en Europe, j'avais attribué la sclérose multiple à une infection. Mais pour la paralysie générale, dans son évolution depuis un demi-siècle, lorsqu'on cherchait encore un deuxième facteur à côté de la syphilis, ceux qui accusaient ce deuxième facteur, pour démontrer leur prétention montraient l'Orient comme exemple. C'est-à-dire, d'après ces auteurs, la syphilis du système nerveux n'existait pas ou était très rare en Orient.

Si nous laissons de côté les doctrines désuètes telles que les stigmates de Wernicke et les aptitudes constitutionnelles pour la paralysie générale ou encore que la paralysie générale atteint le cerveau sain et non le cerveau malade, les dernières théories donnent toujours comme exemple l'Orient. Exemple : Kræpelin a essayé d'accuser l'alcool à côté de la syphilis comme facteur de paralysie générale et attribua la non existence de la paralysie générale en Orient à ce que les peuples d'Orient sont abstinents. Au Congrès de Moscou, Kraft Ebing caractérisa la syphilis par une locution demeurée proverbiale et acceptée, jusqu'à ces derniers temps, comme maxime par les médecins : *syphilisation et civilisation.* On croyait que chez les Orientaux, dont on prétendait que le travail intellectuel était nul ou encore qui ne fatiguaient pas leur cerveau autant que les européens dans la lutte pour la vie, la paralysie générale n'existait pas.

Puis, on avança la multiplicité d'espèce du microbe de la syphilis : dermatrope et syphilis neurotrope à virus nerveux. La rareté du tabès et de la paralysie générale en Orient fut attribuée à cette particularité du microbe. Pendant la Grande Guerre, Müller, professeur à la Faculté de Würtzburg, dans une communication à la Société Médicale Turque, avait émis que pendant les quatre années passées en Turquie, il n'avait pas rencontré aucun cas de paralysie générale et que le seul cas de tabès observé était celui d'un jeune homme qui avoua avoir contracté la syphilis en Allemagne Occidentale, lors de ses études en ce pays.

Il est à noter que lorsque le professeur faisait sa communication, rien que dans mon service où il y avait 300 lits, j'avais 12 paralytiques généraux et deux tabétiques. Plus tard, on accusa le traitement au Salvarsan de l'augmentation de la syphilis du système nerveux. J'étais parmi ces accusateurs il y a 26 ans. J'avais dans plusieurs communications défendu ce thème. Je ne traiterais pas ici de ce fait, mais dans beaucoup de pays, des auteurs qui adhérèrent à cette idée donnèrent encore une fois l'Orient comme exemple. Ils avancèrent qu'après le Salvarsan la paralysie générale avait commencé en Orient. Certains auteurs avaient prétendu que le Salvarsan causait des manifestations aiguës nerveuses qui, avec le temps, perdant de leur virulence, devenaient chroniques, et que la paralysie générale était une forme atténuée. Ils avaient prétendu qu'en Europe, il y a un siècle, lorsque la paralysie générale était faible, la méningite syphilitique et la syphilis cérébrale aiguë existaient, que maintenant la paralysie générale avait augmenté et qu'il en serait de même en Orient. Et toujours, l'Orient pour exemple. Et enfin, les prétentions que la paralysie générale progressive était la conséquence du traitement de la syphilis et que là où il n'y avait pas traitement il n'y avait pas de paralysie générale. Comme exemple, on montrait l'Orient où quoique la syphilis était très répandue il n'y avait pas ou presque pas de paralysie générale.

During qui fut engagé il y a 40 ans pour la lutte contre la syphilis chez nous et qui travailla assez longtemps dans notre province de Castamoni, dans une communication qu'il présenta à la Société Médicale de Frankfurt, parlant de la grande diffusion de la syphilis en Orient, note qu'il avait remarqué un nombre considérable de symptômes de syphilis tertiaire et que malgré cela la syphilis du système nerveux était rarissime. Je

n'ai pas travaillé avec During ; depuis 32 ans que je suis médecin, j'ai toujours, dans les grands centres, travaillé le plus scientifiquement possible, dans la plus grande abondance de matériel. Je n'ai jamais remarqué une aussi grande dévastation par la syphilis en Turquie, comme le dit During. Quant au tabès et à la paralysie générale, je les ai suffisamment étudiés lorsque j'étais encore étudiant. Il se peut que du temps de During, le Wassermann n'existant pas, il y eût beaucoup d'erreur de diagnostic et que la zone où avait travaillé le professeur n'est qu'une petite province (Castamoni) d'un Empire qui s'étendait de l'Adriatique jusqu'au Golfe Persique...

A cause de la lutte contrôlée et menée scientifiquement contre le trachome, la syphilis, la malaria, lutte qui progresse géométriquement chez nous, on peut dire que la Turquie est l'un des pays du monde où la syphilis est la moins répandue. Chaque syphilitique est sous le contrôle et la surveillance du gouvernement. Des dispensaires, des laboratoires à trachome, à tuberculose, à malaria, à syphilis sont créés jusque dans chaque village de Turquie et parmi les conditions préconisées (le secret officiel obligatoire et la plus petite indiscrétion entraînant des grandes mesures pénales) on voit l'enregistrement et la connaissance des suites pour chaque cas. Il se peut que, malgré une certaine atteinte à la liberté individuelle, ces attentions gouvernementales poussées jusqu'à un sévère contrôle de la prostitution, l'obligation d'avoir un certificat de capacité délivré par le médecin officiel permettant ainsi le mariage, l'opposition au mariage pour ceux qui ne présentent pas un rapport de réaction de Wassermann négatif délivré par un institut, ont fait que la syphilis a très notablement diminué en Turquie. (Même par le passé, la syphilis n'était pas aussi répandue que ne le supposait During).

L'idée que la syphilis est très répandue en Turquie et que le tabès et la paralysie générale y sont très rares est tellement inscrusté dans les esprit que..., lorsque nous montrons et démontrons le contraire par des statistiques, les cliniques, les laboratoires, etc., nous voyons la désillusion de ces auteurs et lorsque de même, au lieu et place des contes de Mille et une nuits qu'ils escomptaient trouver en Orient, ils se trouvent vis-à-vis des simples réalités qu'on rencontre un peu partout dans le monde, ils se montrent affligés...

On rencontre beaucoup d'exemples où des grands hommes de science sont suggestionnés ou auto-suggestionnés et la

paralysie générale tient l'une des premières places en tant que facteur de suggestion. N'importe comment on l'interprète, la question du *Locus Minoris Resistentio* ne peut être pour l'Orient.

L'alcool n'est pas très répandu en Orient ; souvent le cer-

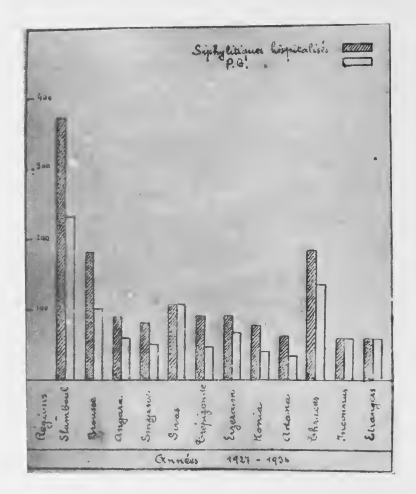


Fig. 1. — Syphilitiques et paralytiques généraux hospitalisés. Répartition par région. Turquie, années 1927 à 1934.

veau ne s'y fatigue pas autant qu'en Occident ; les cerveaux qui se fatiguent y sont proportionnellement limités. L'Orient a ses villes aux populations denses et ses villages calmes et propres. L'Orient a ses malades qui ont leur syphilis parfaitement traitée, ceux qui sont moyennement ou pas du tout traités ou encore la syphilis inconnue. La syphilis en Orient, aussi, est traité au néosalvarsan, au bismuth, au mercure par les meilleures méthodes et pendant de longues années. Comme partout ailleurs, il est d'usage en Orient de contrôler le sang et le liquide céphalo-rachidien après l'infection syphilitique

et pour peu que le Wassermann dans le sang continue à être positif et qu'on rencontre des petits symptômes suspects, l'ap-

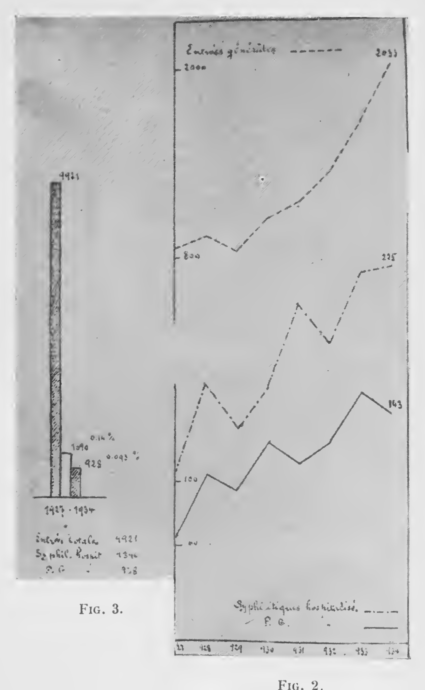


Fig. 3.

Fig. 2.

Fig. 2. — Syphilitiques, paralytiques et entrées totales, 1927 à 1934.
Fig. 3. — Malades hospitalisés, syphilitiques et P. G. hospitalisés.

plication du traitement pirétothérapique devient d'un usage courant, officiellement.

L'existence en grand de la malaria, en Orient, était considé-

rée comme une cause de la rareté de la paralysie générale et quoique la malaria n'ait pas complètement disparue, elle a notablement diminué. Si les syphilitiques ont la malaria, c'est bien avant d'avoir contracté la syphilis. De fait, nous ne voyons pas d'exemple en Orient où la malaria pourrait jouer un rôle préventif contre la paralysie générale.

Je suis le médecin en chef et le Directeur du plus grand asile d'Orient qui a mille huit cents lits. Je présente mes statistiques. On voit que la paralysie générale est dans la proportion de 8 à 10 % par rapport aux admissions totales et générales, y compris les héroïnomanes, les haschichomanes..., les toxicomanes et les internés criminels. Ce pourcentage n'est pas à dédaigner. Nous voyons que le pourcentage donné par beaucoup d'asiles d'Europe est au-dessous de ces chiffres. Lorsque on compare la ville de Stamboul aux provinces, nous voyons que malgré la densité des habitants, le nombre des paralysies générales n'est pas supérieur en cette ville.

Comme le dit Hohe, le paralytique général qui se présente à nos cliniques et à nos maisons de santé est celui qui arrive au degré et à l'état d'attirer l'attention. De ce fait, pour un pays où la confiance dans les asiles est nouvelle, comme cela l'est pour la Turquie, il est hors de doute que beaucoup de paralytiques généraux restent jusqu'à la fin chez eux, surtout les formes démentielles.

Trois asiles modernes existent en Turquie (Stamboul, Elaziz, Magnisa) ; toutes les provinces sont dans la nécessité d'envoyer leurs malades dans ces établissements. Il en résulte souvent et sans aucun doute que la longueur des routes et le manque de communication font que beaucoup de paralytiques généraux sont gardés chez eux. Ceux-ci montrent non pas la rareté, mais bien le nombre des paralytiques généraux en Orient.

Lors de l'occupation par les troupes françaises de Stamboul, les malades mentaux étaient envoyés à l'Hôpital Français de la Paix. J'ai eu l'occasion d'y observer deux soldats sénégalais paralytiques généraux. Mes confrères qui avaient donné leur confiance à la doctrine de Kraft Ebing ont, depuis, eu l'occasion de rencontrer des paralytiques généraux parmi les soldats africains.

En résumé, les théories que la paralysie générale, en dehors du spirochète, est maladie de la civilisation, qu'elle est le résultat de la fatigue intellectuelle, l'alcool, la syphilis à virus ou conséquence du traitement et toujours de donner

comme exemple : « En Orient, il y a beaucoup de syphilitiques, mais peu de paralytiques généraux » sont de grandes erreurs.

Il est d'usage d'analyser le sang et le liquide céphalo-rachidien de tous les malades qui se présentent à notre hôpital. Malgré les psychoses différentes de mille cas mentaux, les 4,5 % sont syphilitiques, quant à la paralysie générale, elle est de 9,35 %, soit 13,85 au total. Partant :

I. La syphilis n'est pas plus répandue chez nous que dans les autres pays.

II. La paralysie générale n'est ni inconnue, ni rare en Turquie, elle est au même pourcent qu'en Europe.

III. L'unique et seule cause de la paralysie générale est le spirochète.

IV. Nous ne croyons pas à l'existence du microbe de la syphilis à virus nerveux. Dans toutes les parties de la Turquie, on rencontre la syphilis et la paralysie générale existe en proportion déterminée.

V. La question du facteur alcool ne peut être. L'alcoolisme est minime en Turquie ; et quoique une bonne part des habitants prennent de l'alcool, ceux qui présentent des manifestations nerveuses sont plutôt rares. Les manifestations de la paralysie générale chez le buveur et chez l'abstinent sont identiques.

VI. Nous avons remarqué des cas où la syphilis très précocement et très bien traitée dès le début avait abouti à la paralysie générale. De même, les syphilitiques qui ont donné toujours, dans l'analyse du sang, du ++++ Wassermann et cela pendant 30 et 40 ans n'ont montré aucun symptôme de paralysie générale. Ces mêmes malades eurent parfois des accès de *delirium tremens* et guérirent. Nous avons rencontré des milliers de cas de syphilis non traitée ou traitée et guérie sans qu'ils soient syphilis du système nerveux. Nous prétendons même que depuis la découverte du Salvarsan et des traitements anti-syphilitiques que la syphilis du système nerveux a augmenté — et arrive plus vite. Il se peut que le médicament qui stérilise le sang ne pénètre pas jusqu'au système nerveux et que le microbe virulent exerce ses manifestations plus rapidement et avec plus de violence dans le système nerveux.

VII. Nous sommes parmi ceux qui sont persuadés de l'excellence du traitement par la malaria ou autre moyen de haute

température. Plus que l'espoir de guérison qu'elle nous permet d'entretenir pour l'avenir, la pirétothérapie nous a aidé à avoir la confiance et la certitude que la paralysie générale peut être guérie.

Comme tout autre auteur, nous aussi nous avons eu des malades qui ne guérirent pas, ceux qui sont morts, ceux qui malgré l'intense traitement pirétothérapique ne montrèrent aucune amélioration clinique et de laboratoire, ceux qui montrèrent pendant et après le traitement des états de psychose ressemblant à des démences précoces...

Je suis d'avis, malgré la très grande valeur de la malaria dans le traitement de la syphilis, de ne pas l'accepter comme étant un moyen supérieur de guérison ou préventif comme le sont les sérums ou les vaccins pour les autres maladies.

Au lieu de donner de l'importance aux causes accessoires et auxiliaires, il faudrait compter plutôt avec la puissance du spirochète, sa virulence, la capacité de pénétration et d'infiltration de la barrière hémato-encéphalitique, nos médicaments qui ne peuvent nous donner les moyens rapides de stérilisation comme cela l'est pour les autres infections et par le moyen de certaines actions biologiques, allergiques et anaphilactiques, la réaction du cerveau et sa maladie.

Dr ROUQUIER (de Nancy). — Nous avons actuellement en France, dans l'armée, de nombreux militaires de vingt à trente-cinq ans, originaires de l'Afrique du Nord. Nous voyons très souvent des syphilis nerveuses chez eux, même et surtout chez ceux qui n'ont jamais été traités (tabès, hémiplégies, épilepsie). Elles sont très facilement influencées par le traitement. Je reconnais n'avoir jamais vu de paralysie générale chez eux.

M. le Professeur FRIBOURG-BLANC (du Val-de-Grâce, Paris). — Dans sa très intéressante communication, M. Osman signale que le paludisme n'intervient pas à titre préventif dans la plus ou moins grande fréquence de la paralysie générale. Je suis pleinement d'accord avec lui à cet égard, car l'expérience prouve que la paralysie générale apparaît souvent chez d'anciens paludéens. La malariathérapie a une efficacité indiscutable. Depuis 16 ans que nous l'employons au Val-de-Grâce, elle nous a donné 40 % de guérisons cliniques totales sur plus de 200 paralytiques généraux impaludés. Mais la malariathérapie n'intervient que comme méthode de choc et de mordançage

pour la médication chimique associée et non comme thérapeutique préventive à longue échéance.

M. le Professeur Mazhar Osman (d'Istambul). — Si l'on relit mes statistiques, on remarque, et cela sans aucun doute, que la paralysie générale se rencontre autant dans les grandes villes que dans les campagnes et cela en rapport de la densité de la population dans tout le pays, parmi toutes les classes de la société : blanc ou noir, intellectuel ou ignorant, alcoolique ou abstinent, citadin ou villageois, malades traités ou non-traités, n'importe.

Les facteurs prétendus secondaires et auxiliaires n'y ont aucun rôle. Je prétends que la variole, comme la malaria, n'est pas un préventif. Nous avons rencontré des malades qui ont eu la variole après la syphilis et qui furent plus tard des paralytiques généraux.

Nous sommes du même avis que le Professeur Fribourg-Blanc quant au traitement par la malaria. Je suis d'avis que le traitement par la malaria n'est précieux que par les horizons qu'il ouvre quant à la guérison de la paralysie générale. Mais le traitement ne se termine pas là.

Ceci nous apprend à travailler avec espoir pour l'avenir.

COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Recherches anatomo-expérimentales sur les couches optiques

par M. le Dr D'HOLLANDER,

Professeur de psychiatrie à l'Université de Louvain

(*Résumé*)

Le Professeur D'Hollander expose, en s'appuyant sur une abondante documentation iconographique, le résumé des recherches anatomo-expérimentales sur les couches optiques, qu'il a entreprises, depuis plusieurs années, avec ses collaborateurs.

Il rappelle d'abord ses propres recherches qui ont établi l'existence d'un lot des plus riches, de connexions cortico-thalamiques pour tous les noyaux du Thalamus ; puis celles du Dr Leblanc, qui mit au jour, dans ces connexions, une systématisation cortico-thalamique des plus évidentes, en ce sens que les aires corticales déterminées sont exclusivement en rapport avec des ganglions thalamiques particuliers ; enfin, celles du Dr De Haene, qui, dans un travail du même ordre, mais dans le sens thalamo-cortical cette fois, a amorcé une systématisation analogue. Dans ce domaine, il reste cependant encore beaucoup à préciser.

Dans la suite, les études du Professeur D'Hollander et de ses collaborateurs ont porté sur les terminaisons réelles dans le thalamus des voies thalamipètes inférieures ; notamment, les voies visuelles qui ont leurs stations de relais dans le corps genouillé externe, dans le tubercule quadrijumeau antérieur, et aussi, chose nouvelle, dans le noyau postérieur du thalamus.

Les voies de la sensibilité générale ont leur terminaison réelle d'abord dans le grand noyau ventral externe, et aussi dans un noyau méconnu jusqu'ici, notre noyau parafasciculaire, qui est l'homologue du centre médian de Luys.

M. Gérebzoff, élève du Professeur D'Hollander, dans une étude toute récente, encore inédite, a décelé le trajet complet des voies cérébello-thalamiques ; le point de départ se trouve dans le noyau dentelé du cervelet ; la terminaison réelle — en dehors du noyau rouge — se fait d'une façon exclusivement bilatérale, chose curieuse, dans un noyau thalamique dont, jusqu'ici, on ignorait la signification, le noyau magno-cellulaire.

De l'ensemble de ces constatations, dont la liste est encore à compléter par de nouvelles recherches, l'on acquiert la conviction que la localisation anatomo-physiologique du thalamus se précise d'une manière de plus en plus claire.

Recherches anatomo-expérimentales sur la région du Lemniscus latéral et ses commissures

par M. Michel-A. Gerebtzoff (de Louvain)

La région du Lemniscus latéral ou Ruban de Reil latéral est un ensemble complexe de fibres ascendantes et descendantes et de substance grise, situé sur la face latérale du tronc cérébral.

D'après les données purement descriptives et les résultats de l'expérimentation, nous distinguons un noyau dorsal et un noyau ventral du Lemniscus latéral. Nous appelons « noyau dorsal » le noyau bien défini situé ventralement du tubercule quadrijumeau postérieur. C'est un noyau d'aspect ovalaire, sur coupes transversales, enclavé entre les fibres acoustiques bulbo-mésencéphaliques dorso-médiales et ventro-latérales. Le « noyau ventral » est cette masse diffuse de cellules qui s'étend entre les fibres du Lemniscus, en-dessous du noyau dorsal, et qui se prolonge proximalement et distalement plus loin que le noyau dorsal.

Au cours de nos expériences sur le pédoncule cérébelleux supérieur, nous avons obtenu des lésions dans le système nucléaire du Lemniscus latéral chez 4 lapins adultes. Après avoir évidé la loge du flocculus, l'électro-cautère bipolaire a pénétré dans l'hémisphère cérébelleux gauche et lésé la région du Ruban de Reil latéral à des niveaux différents. Les cerveaux des lapins, que nous avons laissé survivre 15 jours à l'opération, ont été imprégnés au Marchi.

Lapin n° IV

Lésion étendue du noyau dorsal du Lemniscus latéral ; légère lésion de la voie bulbo-mésencéphalique ventro-latérale, en dehors du noyau dorsal.

Outre une voie longue vers le diencéphale, dont nous ne parlerons pas ici, de la lésion partent trois systèmes de dégénérescences :

des fibres ascendantes vers le tubercule quadrijumeau postérieur : fibres de la voie bulbo-mésencéphalique ;

des fibres descendantes vers les noyaux voisins de la pyramide, surtout vers le *nucleus pontis lateralis :* ce sont les fibres des voies tecto-protubérantielle et tecto-réticulaire ;

des fibres transversales, dont quelques-unes se terminent dans la substance grise située ventralement et médialement du tubercule postérieur, en dehors de la racine du pathétique. La plus grande masse se dirige en dedans et un peu en avant, et transperce le pédoncule cérébelleux supérieur.

Nous ne pouvons, sur cette coupe, suivre son parcours vers le raphé, étant donné que ces fibres décrivent un arc de cercle à convexité frontale ; mais de l'autre côté du raphé, nous les voyons reparaître, percer le pédoncule cérébelleux et se terminer dans le noyau dorsal du Lemniscus latéral et le tubercule postérieur : c'est la commissure dorsale du Lemniscus latéral ou commissure de Probst.

Outre ces dégénérescences, nous voyons des grains de Marchi dans la partie ventrale du faisceau prédorsal hétérolatéral, immédiatement au-dessus du Lemniscus médian et du *nucleus reticularis proprius Lemnisci :* c'est la voie descendante de Marchi. Nous verrons sur des coupes proximales comment ces dégénérescences se rattachent à la commissure de Probst.

Plus haut, dans le mésencéphale, nous retrouvons les mêmes dégénérescences avec quelques particularités nouvelles : certaines fibres ascendantes contournent le tubercule quadrijumeau postérieur et s'engagent dans le *stratum medullare profundum* du tubercule antérieur ; elles gagnent la ligne médiane puis redescendent vers le tubercule postérieur hétérolatéral.

Les fibres de la commissure dorsale se sont rapprochées du raphé médian ; de plus, nous y voyons surgir un élément nouveau : un filet se sépare de la masse principale de dégénérescences transversales et se dirige en un faisceau étroit dans la masse grise centrale. Ce faisceau court au-dessus du *tractus Deiters ascendens,* traverse le *nucleus ventralis griseae centralis,* contourne le faisceau longitudinal dorsal auquel il abandonne quelques fibres, et rejoint la masse des dégénérescences commissurales dorsales. Nous avons appelé ce faisceau, que

nous n'avons pas trouvé décrit dans la littérature : « Fasciculus lemnisco-peridorsalis ».

Enfin, sur une coupe au niveau de la partie frontale du tubercule quadrijumeau postérieur, nous observons le passage de la commissure dorsale par le raphé. A ce niveau, cette commissure est cachée par la décussation dorsale des pédoncules cérébelleux supérieurs. La décussation et la commissure coopèrent à la formation de la voie descendante de Marchi.

Nous pouvons suivre les voies descendantes : voie tecto-réticulaire et voie de Marchi, assez bas dans le bulbe.

Au niveau de la portion distale du tubercule postérieur, la voie tecto-réticulaire court en dedans du noyau ventral du Lemniscus latéral et au-dessus du noyau latéral du pont où se terminent les fibres tecto-protubérantielles. La voie de Marchi descend au-dessus du Lemniscus médian et s'épuise peu à peu dans le noyau propre de ce Lemniscus et les noyaux diffus de la substance réticulaire voisine.

Plus bas, au niveau du corps trapézoïde, la voie tecto-réticulaire se dirige en bas et en dedans : une partie s'épuise dans ce manteau médullaire du nucléus par olivaris, une autre se dirige vers les noyaux du corps trapézoïde. La voie de Marchi garde sa position au-dessus du Lemniscus médian.

Plus bas encore, au niveau du genou du nerf facial, la voie tecto-réticulaire, diminuée, se place au-dessus du noyau médial du corps trapézoïde où une grande partie des fibres restantes se termine. Les derniers vestiges de la voie de Marchi s'épuisent au-dessus du Lemniscus médian.

Enfin, au niveau de l'olive inférieure, les quelques dégénérescences visibles encore de la voie tecto-réticulaire se placent en dehors de l'olive inférieure. Nous ne pouvons les suivre plus bas.

Lapin n° V

Lésion limitée de la partie externe du noyau dorsal du Lemniscus latéral et de la voie bulbo-mésencéphalique ventro-latérale.

Nous voyons : quelques fibres ascendantes vers le tubercule quadrijumeau postérieur et le *stratum medullare profundum* du tubercule antérieur ; un fort faisceau tecto-protubérantiel vers le *nucleus pontis lateralis* et tecto-réticulaire vers le bulbe ; enfin, quelques fibres dans la commissure dorsale du Lemniscus latéral.

Les principales fibres efférentes du noyau dorsal du Lemniscus latéral sont donc des fibres commissurales réunissant, au niveau du pont, les systèmes acoustiques des deux côtés.

Lapin n° VII

Lésion étendue du noyau ventral du Lemniscus latéral.

De la lésion partent trois systèmes de dégénérescences :

les fibres ascendantes : voie bulbo-mésencéphalique ventro-latérale et surtout dorso-médiale ;

quelques fibres descendantes tecto-protubérantielles et tecto-réticulaires ;

des fibres transversales décrivant aussi un arc de cercle à convexité frontale.

Sur cette coupe, nous ne pouvons voir que le départ de ces dégénérescences et leur terminaison dans le noyau ventral du Lemniscus latéral de l'autre côté.

Plus haut, ce dernier système se précise : ce sont des dégénérescences à grains épais, couchées sur la pyramide et se dirigeant vers le Lemniscus médian et de là vers le raphé médian.

Enfin, un peu en arrière et en bas de la décustation ventrale des pédoncules cérébelleux supérieurs, la commissure ventrale du Lemniscus latéral perfore les Lemnisci médians et passe la ligne médiane.

Lapin n° X

Une lésion limitée du noyau ventral du Lemniscus latéral confirme entièrement les résultats de l'expérience précédente.

Les noyaux ventraux sont donc réunis également par une forte commissure.

Ainsi, ce système commissural important est lié :

d'une part, au tubercule quadrijumeau postérieur et, par là, aux voies acoustiques réflexes ;

d'autre part, par le *fasciculus lemnisco-peridorsalis,* le faisceau longitudinal postérieur et le pédoncule cérébelleux supérieur, auquel il abandonne sans doute des fibres, au noyau de l'oculo-moteur commun ;

enfin, au pont, au bulbe, et à leurs masses motrices par les voies tecto-protubérantielle et tecto-réticulaire et la voie de Marchi.

En présence de ces connexions multiples, il nous semble probable que les noyaux du Lemniscus latéral jouent un rôle important dans les mécanismes réflexes associés des sphères auditives et visuelles.

(Laboratoire de la Clinique psychiatrique)

L'influence des rayons de Röntgen sur le cerveau humain

par M. Ihsan Chükrü-Aksel (Istambul)

Des expériences sur l'influence des rayons de Röntgen sur le cerveau des animaux ont été déjà souvent faites (Rodet et Bertin-Sans, Darier, Heinicke, Försterling, Krause, Siccard et Bauer, Beaujard et Lhermitte, Labeau, Turner et Georges, Baier, Walter, Balli, Brunner, Demel, Mogilnitzky et Podljaschuk, Rachmanow, Marburg, Sgalitzer, Spiegel, Kupalow, Lyman et Scholz), mais le nombre des observations concernant l'influence des rayons de Röntgen sur le cerveau humain est assez limité.

On peut résumer les résultats généraux des expériences sur les animaux en disant que les altérations provoquées par les rayons de Röntgen sont localisées dans les parois vasculaires, tandis que le parenchyme nerveux montre une résistance remarquable contre l'irradiation.

La littérature médicale ne note que très peu de cas d'influence nuisible des rayons de Röntgen sur l'homme. J'ai pu trouver un cas décrit par *Holfelder* et *Fischer* concernant un homme de 55 ans irradié pour cancroïde de la tempe droite avec fortes doses ; 7 ans après l'irradiation, ayant présenté des symptômes d'une hémiparésie gauche, et étant soupçonné d'une métastase cérébrale, il fut opéré, par suite de quoi on a constate microscopiquement une amyloïdose locale du cerveau, due probablement à l'irradiation. Un second cas était publié par *Markiewitz :* il s'agissait d'un malade de 34 ans irradié à plusieurs reprises à la région occipitale ; 7 ans après, à l'autopsie, on a constaté des nécroses étendues du lobe pariéto-occipital parsemé de foyers de dégénérescence colloïdale.

Le cas que nous avons étudié (l'Institut anatomie pathologique de l'Université d'Istanbul, Directeur, Professeur Schwartz) concerne un menuisier de 49 ans qui avait été atteint, en 1927, d'une tumeur hypophysaire. La radiographie révèle une destruction de la selle turcique. Le malade fut soumis à la radio-

thérapie (Institut du Professeur Holfelder). Il a reçu, au bout de trois mois, 4.600 R. Pendant les mois suivants, le malade étant, au point de vue clinique, rétabli, il a pu continuer à nouveau son travail. En septembre 1929, il présenta de nouveaux symptômes récidifs, il fut de nouveau irradié, il recevait au bout de 2 mois 4.685 R.

En octobre 1929, rémission considérable des symptômes qui lui permet, au bout de trois mois, de reprendre son travail.

Au mois de février 1931, il se présente de nouveau à la clinique avec légers troubles atactiques, nouvelle application de radiothérapie (9.240 R. au bout de 2 mois). 11 mois plus tard, le malade a reçu encore un cycle de radiothérapie avec 13.365 R. (janvier 1932) par suite de quoi une aggravation de l'état général avec céphalée, augmentation de tension intracranienne ; avril 1932, Ex. Letalis.

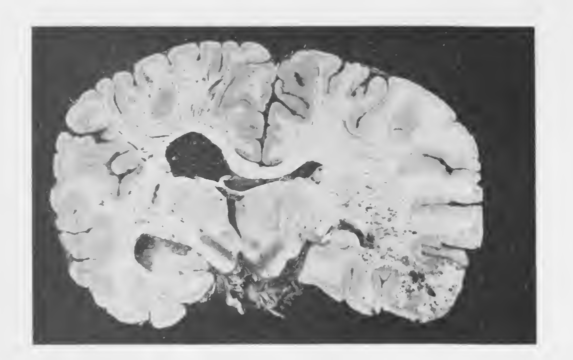


Fig. 1. — Foyer nécrotique du lobe temporal gauche.

L'autopsie faite le 12 avril 1932 révèle : tumeur maligne de l'hypophyse, gliose diffuse du lobe temporal gauche, bronchopneumonie double dans les lobes inférieurs, légère sclérose de l'aorte, grand calcul solitaire dans la vésicule biliaire.

L'examen macroscopique du cerveau montre, sur une coupe passant du genou du corps calleux, dans l'hémisphère gauche (Fig. 1), un nodule brunâtre de la grandeur d'une prune ; cette altération se prolonge jusqu'au lobe frontal inférieur où l'on

remarque la substance blanche transformée en une masse couleur de craie et de consistance dure, cette induration est du reste déjà palpable extérieurement. Au-dessous de ce foyer, la substance blanche des circonvolutions avoisinantes est complètement ramolie. L'induration mentionnée se remarque aussi sur une coupe passant au milieu du corps striatum, immédiatement derrière le pôle antérieur du lobe temporal gauche, elle se limite presque partout d'une façon circoncise de l'écorce



Fig. 2. — La tumeur hypophysaire.

cérébrale. Entre les deux hémisphères on remarque la tumeur hypophysaire dont la consistance est très molle (fig. 2).

L'examen microscopique : les coupes de la tumeur hypophysaire présentent un adénome malin.

Les préparations histologiques de la région pariéto-temporale gauche révèlent une nécrose à coagulation (Spielmeyer) étendue avec des foyers hémorragiques frais et anciens (fig. 3).

La pie-mère à cet endroit est hyperplasique et on trouve à certains endroits une faible infiltration lymphocytaire dans les parois vasculaires.

Les vaisseaux de l'écorce cérébrale sont fortement altérés : leurs cellules endothéliales sont picnotiques et atrophiques, quelques-unes sont infiltrées par de rares lymphocytes (fig. 4). Les parois des quelques vaisseaux démontrent un aspect homo-



Fig. 3. — Foyer nécrotique (Méthode de Van Giéson).

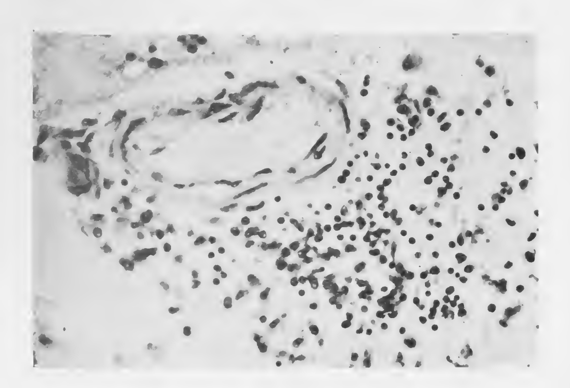


Fig. 4. — L'infiltration lymphocytaire.

gène qui ressemble à l'angionécrose (fig. 5). Il est à remarquer que la même masse homogène colloïde se rencontre sur quelques parties de la surface de l'écorce cérébrale avoisinant à la pie-mère (fig. 6) de même que dans le protoplasme de quelques cellules neurogliques géantes. Cette substance prend une colo-



Fig. 5. — Homogénisation des parois vasculaires dans l'écorce cérébrale (Méthode de Nissl).

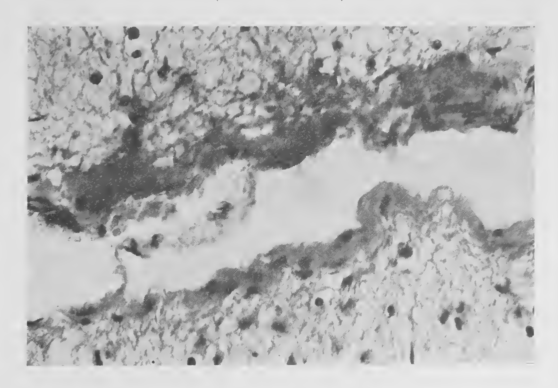


Fig. 6. — La substance homogène colloïdale sur la surface de l'écorce cérébrale avoisinant à la pie-mère (Méthode de Nissl).

ration bleue par la méthode de Nissl, et jaunâtre par la méthode de Van Gieson. Il ne donne ni la réaction d'amyloïde, ni de hyalin et ni de fibrine.

On a constaté dans les cellules ganglionnaires de l'écorce temporale, à certains endroits, des noyaux picnotiques et une irrégularité des corpuscules de Nissl.

Les cellules neurogliques sont augmentées, dans les parties nécrosées. On voit dans le voisinage des artérioles fibreux une forte agglomération des astrocytes et on reconnaît assez nette-

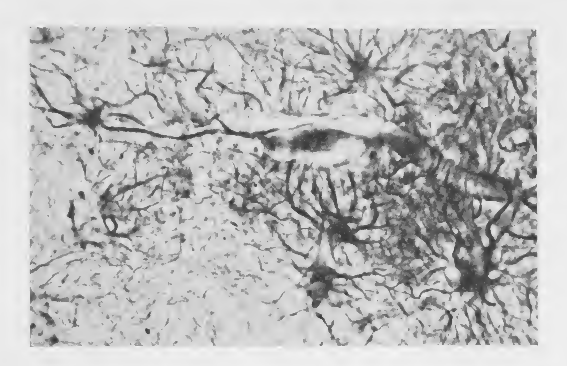


Fig. 7. — L'agglomération des astrocytes au parois des artérioles fibreux dans un foyer nécrotique (Méthode de Gajal).

ment que le prolongement des astrocytes se trouve en contact avec les parois des artérioles comme l'admet l'école espagnole (fig. 7).

En résumé :

1° L'irradiation du cerveau avec fortes doses peut produire quelquefois et surtout chez les gens prédisposés, une vaste nécrose de substance blanche, due probablement au trouble circulatoire fonctionnel de *Ricker* et qui est caractérisée par la production d'une matière homogène colloïdale.

2° Cette substance homogène se localise d'abord aux parois vasculaires et de là se propage dans le parenchyme nerveux avoisinant.

3° Les altérations les plus remarquables sont localisées plutôt dans le système vasculaire du cerveau, tandis que le parenchyme nerveux reste relativement résistant.

L'hystérie ancienne faisait-elle du simili-diencéphalique et du simili-strié ?

par MM. J. Froment, G. Chanial et Mir Sépassy (de Lyon)

La question de la ressemblance ou de la dissemblance des accidents hystériques et des troubles nerveux dits striés, a été posée dans ces dernières années et résolue tantôt par l'affirmative, tantôt par la négative.

L'un de nous — ne faisant en ceci que suivre la voie tracée par Babinski lui-même — a toujours affirmé qu'il y avait dissemblance. Non content de proclamer son impression, il s'est attaché à la recherche des signes objectifs propres aux états striés, signes objectifs qui — si différents soient-ils des signes objectifs cérébelleux ou pyramidaux révélés par Babinski — doivent bien être aussi en dernière analyse des signes que la volonté ne peut exactement reproduire.

On pouvait encore aborder le problème d'autre manière en confrontant états striés et accidents hystériques.

Mais, si l'on prend les uns et les autres parmi les malades que l'on a actuellement sous les yeux, on risque des erreurs. N'est-il pas inévitable que cette hystérie qui a toujours tout imité — Sydenham l'appelait déjà *la grande simulatrice* — se mette à copier et à paraphraser la séméiologie striée ? L'accident hystérique risque donc d'être, actuellement — où le strié est devenu d'observation courante — du strié romancé.

Il faut donc, pour que la confrontation soit démonstrative, opposer les striés d'aujourd'hui aux hystériques d'hier, c'est-à-dire à ceux qui s'étaient développés avant que l'encéphalite épidémique soit venue bouleverser et renouveler les cadres et jusqu'aux aspects de la pathologie nerveuse courante. Cette communication est précisément le résultat d'une telle enquête que nous avons ébauchée, nous proposant de la poursuivre minutieusement. Les premiers résultats en sont assez nets pour qu'il nous ait paru intéressant de les communiquer ici.

Nous avons donc patiemment rouvert de vieux livres qu'un neurologiste moderne ne consulte plus guère : le *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie,* de Briquet (1859) ; le *Traité complet de l'Hystérie,* de H. Landouzy (1846) ; les 3 volumes de l'*Iconographie photographique de la Salpêtrière,* relatant les observations du service de Charcot, publiées par Bourneville et Régnard (1876-1879) ; le *Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie d'après l'enseignement de la Salpêtrière,* de Gilles de la Tourette (1891) ; les *Leçons cliniques sur l'Hystérie et l'Hypnotisme faites à l'Hôpital St-André, de Bordeaux,* par A. Pitres (1891) ; *les Etudes cliniques sur l'hystéro-épilepsie ou grande hystérie,* de Paul Richer (1881) — ces trois derniers ouvrages étant tous dédiés à Charcot et préfacés par lui — la *Genèse et la nature de l'Hystérie,* de Sollier (1896).

Dans toutes ces descriptions assez prolixes, où l'accident hystérique est étudié avec une véritable complaisance, nous avons recherché en vain des déviations des yeux rappelant la forme et l'allure du *spasme oculaire.* Ce qu'alors on attribuait à l'hystérie à tort ou à raison — car il y eut de nombreuses erreurs de diagnostic, il ne faut pas l'oublier : on ne connaissait pas la séméiologie objective, on n'y croyait même pas et on s'en tenait à l'impression, sinon à des critères d'encore moindre valeur — ce que l'on attribuait, disions-nous, à l'hystérie, c'était des formes diverses de strabisme, des ptosis, du blépharo-spasme, rien qui rappelle la forme habituelle et classique de la crise oculogyre, si fréquemment observée maintenant dans le parkinsonisme post-encéphalitique. Tous ces accidents, d'ailleurs, une fois installés, se maintenaient ; ils n'avaient pas cette variabilité conditionnelle qui semble presque pathognomonique de l'accident strié.

Nous avons recherché en vain, de même, dans la vieille hystérie, des états rappelant les *spasmes de torsion* et en particulier cette *Dysbasia lordotica* qu'interprétait à tort, comme accident hystérique, Ziehen, qui a eu le mérite de la faire connaître, erreur que rectifia d'ailleurs Oppenheim. Ce que nous avons trouvé, ce sont des scolioses et des scolioses fixes, ne rappelant, là encore, nullement le spasme si souvent mobile du Strié. L'hystérique, pourrait-on dire, s'applique à être logique. Il redoute le paradoxe, et le laisse aux états striés. Il aurait trop peur, semble-t-il, de se déjuger ainsi.

Reste le *torticolis ;* on en trouve beaucoup et il est assez

difficile de les étiqueter. Il faut toutefois noter que si Gilles de la Tourette mentionne que la tête peut être ramenée en place, mais dès qu'on la lâche revient à sa position vicieuse, il ne mentionne pas que les malades — comme le font ces torticolis dit mentaux, que maintenant nous disons striés — aient trouvé eux-mêmes le moyen de tenir leur tête en place avec un doigt ou leur pommeau de canne. L'hystérie, là comme ailleurs, ne semble pas aimer le trouble discret.

Dans toutes ces descriptions anciennes, on ne trouve vraiment rien qui rappelle la *maladie de Wilson*. Les gesticulations et les grimaces de la grande crise ne les rappellent nullement. L'iconographie, si minutieusement faite par Richer, à défaut d'autres preuves, suffirait à l'établir. Et cependant certaines gargouilles de nos vieilles cathédrales gothiques nous y font songer.

Rien d'analogue non plus à cette *Pseudo-sclérose* qu'à la Salpêtrière on tenait autrefois pour hystérique, même dans les cas où mort s'ensuivit.

Pour ce qui a trait à la question du *hoquet*, des *troubles respiratoires*, les descriptions sont beaucoup trop imprécises pour que l'on puisse, à distance — « errare humanum est » et tout particulièrement quand il est question de l'hystérie — dire si oui ou non l'hystérie était bien en cause et si les troubles notés ressemblaient ou non à ceux de cet ordre que l'encéphalite épidémique a provoqués.

Restent les *troubles de la série mentale*. La critique ne peut en être faite d'une manière valable que par un psychiatre averti. Mais ne nous suffit-il pas ici de nous en tenir à l'affirmation de Baruk : « Beaucoup des manifestations les plus bruyantes et les plus impressionnantes de l'ancienne hystérie, notamment certaines grandes crises nerveuses, font partie maintenant des psychoses et s'observent plus dans les asiles que dans les services hospitaliers de neurologie. En effet, tandis que Babinski rejetait, de la neurologie, une grande partie des symptômes de l'ancienne hystérie viscérale, ou de la vieille folie hystérique, le développement de la nosographie psychiatrique absorbait parallèlement les territoires éliminés par Babinski. »

Bornons-nous à souligner le point suivant. Si voisines que puissent paraître certaines comédies hystériques et certains états oniriques, on ne peut pas se départir de l'impression — même quand on n'est pas psychiatre — que l'un ne ressemble

nullement à l'autre. On peut et on doit, dans la règle, faire le diagnostic. De l'un à l'autre, le comportement, l'aspect même diffèrent.

Les *gesticulations oniriques* de type passionnel, par *onirisme actif encéphalitique,* que l'un de nous présentait avec M. Pommé, l'année dernière au Congrès des Neurologistes et Psychiatres de langue française, ne trahissaient-elles pas leur caractère non hystérique par les trois faits suivants : fièvre, incontinence d'urines, mimique de dormeur, contrastant avec la gesticulation passionnelle, alors que les mimiques iconographiées par Richer dans les attitudes passionnelles de la grande hystérie sont, on ne peut plus, adaptées et cohérentes.

On a cru reconnaître, dans certaines des attitudes si minutieusement notées par Richer, des attitudes rappelant celles de la *rigidité décérébrée.* Il faudrait prendre la précaution de s'assurer que les malades en cause ne sont pas responsables des clowneries qui suivent. Ce qui diminuerait singulièrement l'importance des ressemblances que l'on a cru noter.

Nous avons laissé de côté la question de la *crise d'hystérie.* Elle a été iconographiée avec un tel zèle, au temps héroïque de la grande hystérie, que l'*on y retrouve de tout.* A côté d'attitudes pouvant évoquer des attitudes d'états organiques rappelant par exemple la rigidité décérébrée, ont été mis sur le même plan dans le livre de Richer, des gesticulations et des attitudes de haute fantaisie que nous ne pouvons plus maintenant prendre au sérieux. Ne se demande-t-on pas, en présence de certaines, telles les folles gesticulations de Marc... si le consciencieux et remarquable dessinateur qu'était Richer ne les a pas croquées dans un cirque, plutôt que dans une clinique neurologique. Que ceux que cette réflexion choque ou surprend veuillent bien jeter les yeux sur la figure 51 du livre de Richer.

La conclusion de cette enquête, que nous nous proposons encore une fois de poursuivre plus à fond, est que la grande hystérie d'autrefois ne paraissait nullement faire du similidiencéphalite, ni du simili-strié.



Pour douter de la sincérité de l'accident pithiatique, il n'est point nécessaire d'être un Charcot ou un Babinski, le simple bon sens parfois y suffit.

Nous n'en voulons pour preuve que la lettre d'une infir-

mière qui, après s'être consacrée pendant plusieurs mois aux soins d'un paraplégique de guerre à allure spasmodique, l'amena — de force — à la consultation du service de Babinski. Ayant examiné ce malade, nous portâmes d'emblée le diagnostic de paraplégie pithiatique et toute affaire cessante, nous entreprîmes une contre-suggestion active.

Elle remit sur pieds, en une heure, ce paraplégique de deux ans. Le résultat fut, le jour suivant, maintenu et développé, — ainsi qu'en témoignent les projections que nous montrons à l'appui de cette communication. Puis, brusquement, alors que tout allait bien, l'ex-malade s'excusa de ne pouvoir venir à la séance d'entraînement prévue, puis disparut sans donner de nouvelles. Son infirmière s'en excusa et tira la morale : elle conclut à l'insincérité.

Cette observation que nous avons minutieusement notée jour après jour ne devait-elle pas être versée aux débats ?

De tout ceci, que résulte-t-il ? L'accident pithiatique, à y regarder de près, ne ressemble vraiment pas aux syndromes diencéphaliques, il fait figure d'incident volontaire. Il ne l'est sans doute pas toujours, il peut être subi ; mais il semble bien dans quelques cas — comme l'a affirmé Babinski — être demi-simulé, voire même simulé. Nous sommes actuellement d'ailleurs absolument incapables de distinguer l'accident pithiatique sincère, du demi-sincère ou du totalement simulé.



Un mot encore en terminant. On a paru étonné et un peu scandalisé par la conception de Babinski qui faisait jouer, dans sa définition du pithiatisme, un assez grand rôle à la demi-simulation. Ceux qui l'ont fait, ont-ils suffisamment médité cette phrase ? « Vous avez regardé l'hystérie de trop près pour méconnaître que la simulation y est chose fréquente. » Cette phrase n'est pas de Babinski, elle est de Charcot lui-même ; elle date de 1881. On la retrouve dans la préface du livre que Paul Richer consacrait alors à *l'Hystéro-Epilepsie ou Grande Hystérie.*

M. Rouquier. — Monsieur le Professeur Froment me permettra de lui dire que nous sommes tout à fait d'accord. J'ai

dit hier et ce matin qu'on passait du pithiatisme, simulation inconsciente, à la simulation logique raisonnée utilitaire par toute une série d'imperceptibles transitions. Mais nous n'avons jamais dit, ni l'un, ni l'autre, que les pithiatiques étaient des simulateurs.

M. Callewaert (de Bruxelles). — J'ai présenté à la Société belge de Neurologie deux cas qu'il est intéressant de comparer. L'un « Contracture hystérique des membres inférieurs » (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* août 1930, p. 504) était survenu à la faveur de l'épidémie de polyomyélite et guérit au troisième jour de l'isolement par suggestion subitement et définitivement.

L'autre cas, « Hystéro-névrose traumatique » (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* août 1929, n° 8) se rapportait à un ouvrier flamand, opéré sous anesthésie locale pour fracture de la clavicule et qui, au sortir de l'appareil, présentait une contracture du bras du type parkinsonien avec secousses du poignet rythmées à raison de 4 par seconde. Le sujet présentait de l'émotivité et une paratonie nette (Dupré). Je fus frappé par l'analogie de celle-ci avec le défaut de relâchement si caractéristique dans la crampe des écrivains (*Journal de Neurologie et de Psychiatrie,* 1921, n° 1 ; *id.,* 1927, p. 419 ; *id.,* 1930, n° 12).

Comme dans les cas de crampe des écrivains (où je rééduque l'écriture suivant une méthode rationnelle), je fis exécuter des exercices de détente musculaire et j'obtins une amélioration assez rapide, si nette qu'au moment où j'ai présenté le blessé, il y avait lieu d'escompter une prompte reprise du travail.

Autant le premier cas était caractéristique du pithiatisme, autant le second cas affecte un type rappelant les syndromes striés et que j'aurais mieux fait d'appeler « Névrose traumatique du type parkinsonien avec émotivité et paratonie ».

Les troubles pithiatiques et les maladies organiques : considérations à propos d'un cas

par M. A. Subirana (de Barcelone)

Je voudrais vous exposer brièvement un cas d'association hystéro-organique qui pouvait soulever des problèmes diagnostiques par le fait de la grande prédominance de son expression pithiatique que d'ailleurs j'ai réussi à faire disparaître d'une façon complète, quoique transitoire, par persuasion armée.

Il s'agit d'un malade de 54 ans qui vint me consulter vers la fin d'octobre 1934 pour des troubles de la marche et des douleurs vagues dans le membre inférieur gauche.

En bonne santé jusque trois mois auparavant, ce campagnard, dont les antécédents familiaux et personnels n'offrent rien de particulier à signaler, tomba de son chariot et se fit quelques contusions légères sur le côté gauche du corps, dont il ne peut préciser le siège exact. A partir de ce moment, il assiste à l'installation progressive d'une impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche ; il a de la peine à détacher le pied du sol et sent que cette extrémité devient chaque jour plus lourde ; simultanément apparaissent des algies diffuses de la cuisse gauche s'exagérant par les mouvements et n'étant pas influencées par la toux, l'éternuement, etc.

Au moment de mon examen, il est obligé de marcher soutenu par deux personnes et avance en traînant les deux pieds sans pouvoir les détacher du sol.

En decubitus dorsal, aucune amyotrophie n'est décelable ; il présente une position hanchée avec un très léger raccourcissement « apparent » du membre inférieur gauche que je mets alors sur le compte d'une attitude antalgique. La mobilité active et passive est normale à droite ; à gauche, par contre, le patient ne peut lever le membre au-dessus du plan du lit. Ma méfiance est mise en éveil par le fait qu'il lui est possible

d'esquisser sans douleur certains mouvements, comme fléchir la cuisse pendant que je soulève la jambe et mouvements alternatifs de flexion et d'extension de la jambe si on lui maintient la cuisse élevée. J'arrive alors à lui faire garder pendant un instant le membre inférieur gauche sous un angle de 45° sur le plan du lit en détournant son attention.

Comme le reste de *l'examen neurologique* ne faisait que confirmer l'hypothèse d'un *trouble pithiatique*, je « torpille »



le malade séance tenante. Après quelques minutes d'efforts persévérants, il est capable, non seulement de marcher sans aide et très aisément, mais de courir et même de sauter à pieds joints et de se maintenir à cloche-pied. Il assure que le syndrome douloureux a totalement disparu et se livre à l'expression bruyante de sa joie de façon tout à fait méridionale !

Comme je constate alors que la position anormale persiste encore et que la palpation fait apparaître certaines asymétries osseuses, en particulier un décalage entre les deux trochanters, j'adresse le malade au Service central de Röntgendiagnostic de l'Hôpital-clinique (Faculté de médecine).

Comme vous pouvez le voir, l'aspect de la radiographie est

des plus impressionnants. Le rapport radiographique rédigé par le Directeur du service M.C. Comas Llaveria, après diagnostic différentiel, que je regrette de ne pouvoir exposer au complet, conclut à l'hypothèse d'une métastase carcinomateuse très étendue de l'os coxal gauche.

L'examen complet du malade réalisé par d'autres confrères de Barcelone confirme cette hypothèse. Le malade est porteur d'une tumeur prostatique latente jusqu'alors.

L'intérêt de ce cas réside dans la grande discrétion des manifestations objectives de la lésion osseuse comparativement aux troubles de nature fonctionnelle qui masquaient le tableau. La guérison apparente était aussi de nature à détourner le diagnostic exact.

La symptomatologie des calcifications des cartilages intervertébraux (spondylo-chondritis ossificans)

par M. le Professeur PUUSEPP (de Tartu)

Les modifications des cartilages intervertébraux sous forme de calcifications de « Nucleus pulposus » ou « Annalus fibrosus », ainsi que les formations hypertrophiques du cartilage comme l'ecchondrome, ont déjà, depuis longtemps, attiré l'attention des auteurs, et il existe une assez grande littérature sur ce sujet. Mais on rencontre aussi des cas spéciaux où les modifications des cartilages sont peu considérables, mais où cependant ils provoquent toute une série de symptômes graves du côté des racines voisines. Les cas que j'ai eu l'occasion d'observer dernièrement présentent sous ce rapport un intérêt particulier, et je suppose que pareils cas sont fréquents.

Ces cas se laissent diviser en trois catégories :

1) ecchondrome ;
2) calcifications des cartilages intervertébraux et
3) souplesse et saillie des cartilages.

Dans les deux premiers cas, le mécanisme de la pression exercée sur les racines est aisément compréhensible, mais dans les cas de la 3e catégorie ce mécanisme est plus compliqué.

La première fois, j'avais remarqué que le malade, lorsqu'il marchait ou était assis, se plaignait de douleurs dans les racines, et, comme ces douleurs étaient localisées dans la partie supérieure de la poitrine, elles étaient accompagnées de pression dans la poitrine et de douleurs dans la région du cœur ; c'est pour cette raison que d'autres médecins avaient posé le diagnostic de : sténocardie, asthme, névralgie intercostale, etc.

La radiographie montre des calcifications dans les parties postérieures du cartilage intervertébral et des extostoses sur les vertèbres supérieure et inférieure.

Tout ceci tend à faire admettre l'existence d'une saillie dans

les parties postérieures du cartilage intervertébral et aussi que cette saillie, à cause des conditions statiques par suite de la compression des cartilages, devient plus grande lorsque le malade se tient debout ou marche. Quand le malade est en position couchée, la compression des cartilages intervertébraux ainsi que la saillie diminuent considérablement ; la preuve en est que pendant la première période de la maladie, lorsque le cartilage n'a pas encore perdu son élasticité et la saillie n'est pas grande, les douleurs dans les racines disparaissent quand le malade est tranquillement couché sur le dos. Nous voyons ainsi que les douleurs se font sentir seulement quand le malade marche ou se tient debout. Mais avec le temps, les sels calcaires s'accumulent dans les parties qui font saillie et elles deviennent constantes, en formant ensuite des saillies permanentes si grandes qu'elles provoquent tous les symptômes de tumeurs de la moelle épinière. Nous pouvons, par conséquent, supposer que l'affection se base sur deux processus : la mollification du cartilage et ensuite sa calcification et sa solidification. Trois cas de formations pareilles sur plusieurs vertèbres dans la région thoracique que j'ai eu l'occasion d'observer, présentent un intérêt particulier. Dans le premier cas, l'affection est dans la première période.

Observation 1. — La malade, P. E..., âgée de 45 ans, femme d'un marchand, entre à la clinique avec diagnostic de sténocardie. Depuis deux ans, des douleurs étaient apparues dans la région cardiaque et dans le bras gauche ; ces douleurs se faisaient sentir le plus souvent après la marche et après des excitations. La malade se plaint aussi de douleurs dans les genoux et dans l'épine dorsale, surtout dans les lombes. Ces douleurs ont un caractère rhumatismal. Aucune modification du côté des poumons et du cœur. La percussion des apophyses épineuses est douloureuse dans la région thoracique supérieure. L'examen radiographique montre un épaississement sur les corps des vertèbres qui a la forme d'un bec de perroquet, des calcifications dans les cartilages intervertébraux, une saillie des parties postérieures des bords inférieurs des corps des vertèbres et des calcifications dans les cartilages encerclants.

L'examen des urines ne montre rien de pathologique. B.-W. négatif, Sg négatif.

En se basant sur les examens cliniques, on fait le diagnostic de spondylose déformante avec calcifications des cartilages intervertébraux.

Après trois jours de traitement antiarthritique et repos au lit en décubitus dorsal, tous les symptômes du côté du cœur disparais-

sent. Ensuite, la malade commence à marcher et les douleurs dans le cœur et dans le bras réapparaissent. On la remet au lit et on constate une nouvelle disparition des douleurs. Il s'ensuit que lorsque le poids devenait plus grand, les cartilages étaient comprimés, et, par suite de cette compression, l'anneau fibreux faisait saillie en produisant une pression sur les racines et en provoquant les douleurs. Après un long séjour au lit et un traitement avec des bains chauds et des injections de soufre, on a réussi à obtenir une amélioration considérable et lorsque la malade quitta la clinique après un traitement de trois mois, elle était en état de reprendre son travail à la maison sans éprouver aucune sensation douloureuse.

Dans ce cas, les douleurs des racines ne se faisaient sentir que lorsque le poids pesant sur l'épine dorsale était augmenté et elles disparaissaient pendant le repos tranquille au lit.

Obs. 2. — La malade, B. O..., femme d'un fonctionnaire, entre à la Clinique neurologique le 11 décembre 1934, se plaignant de douleurs dans la région hypocondriaque, surtout du côté gauche.

L'affection débuta il y a trois ans par des douleurs dans la colonne vertébrale. Au commencement, les douleurs s'accentuaient après les repas, mais plus tard elles restaient continuelles.

La malade est allée à Kœnigsberg où on fit le diagnostic de ulcère de l'estomac. Après le traitement, la malade éprouva une légère amélioration, mais les douleurs s'accentuaient surtout après la marche et après la position assise, et elles atteignaient parfois une telle intensité que la malade était obligée de se mettre au lit. Après un repos de 2-3 heures, les douleurs disparaissaient complètement. A Kaunas, on examina l'estomac de nouveau et on trouva que l'ulcère était cicatrisé. La malade est mère de deux enfants tout à fait bien portants. Les organes internes sont dans la norme, mais la pression du ventre provoque des douleurs dans la colonne vertébrale. Les réflexes sont également exagérés des deux côtés. Légère hyperesthésie au niveau Th. 8, Th. 9, plus prononcés du côté gauche.

Ponction lombaire : la tension est normale, albumine : 0,25 %, pas de plécytose. Pas de bloc. Wassermann négatif ; Sg négatif.

Examen radiographique. Sur la photographie en profil, on aperçoit distinctement une saillie du cartilage dans sa partie antérieure, et sur la surface postérieure des vertèbres des becs de perroquets et une adhésion.

Dans la région des cartilages, on aperçoit des calcifications.

Tout ceci tend à faire supposer une affection des cartilages de caractère hypertrophique. « Spondylochondritis ossificans ».

La malade a été soumise à un traitement antiarthritique avec l'extension, et le résultat obtenu a été satisfaisant ; les douleurs ont disparu et la malade se sent bien depuis six mois.

Obs. 3. — Le malade G. F..., âgé de 43 ans, marchand, entre à la Clinique le 17 décembre 1934, se plaignant de sthénocordie, de douleurs dans le dos et de faiblesse dans les jambes.

L'affection actuelle débuta il y a 10 ans par des douleurs dans le dos, qu'il attribua alors à un refroidissement. Après un traitement, il éprouva une amélioration et les douleurs disparurent.



Fig. 1.

Mais, depuis deux ans, les douleurs étaient de nouveau apparues dans le dos et dans la poitrine. Un repos au lit faisait disparaître ces douleurs, mais elles réapparaissaient très fortes aussitôt que le malade commençait à bouger, et elles s'accentuaient surtout lorsqu'il toussait. Les douleurs dans la région du cœur gagnaient une telle intensité que le malade était obligé de garder le lit pendant plusieurs jours.

Dans le dernier temps, le malade a remarqué une faiblesse dans les jambes qui se fatiguaient très vite en marchant.

Il y a 30 ans, le malade souffrait de tonsilitis et fut opéré. Il a eu une gonorrée. Il est marié et il a deux enfants bien portants.

Lorsque le malade incline et redresse sa colonne vertébrale, il éprouve des douleurs dans sa région thoracique, surtout dans ses parties supérieures. La percussion est douloureuse, surtout dans la région D2-D8. Les réflexes des membres inférieurs sont exagérés. Pas de réflexes pathologiques. Hyperesthésie dans la région des 2e-6e nerfs intercostaux.

L'examen radiographique montre les calcifications dans les parties postérieures des cartilages intervertébraux, et leur saillie dans le canal vertébral se laisse remarquer (fig. 1).

La ponction lombaire ramène un liquide clair et transparent. Albumine : 0,35 0/00 (au-dessus de la norme). Pas de pléocitose. Pas de bloc.

En se basant sur ces données, on pouvait conclure à une « chondritis ossificans » dans la région des 2-8 cartilages intervertébraux. Le malade a été conseillé de rester couché sur le dos, et soumis à un traitement d'urodonal et de bains chauds. Après ce traitement il éprouvait une amélioration considérable.

Dans ce cas, nous pouvons constater une plus forte compression des racines que dans les deux premiers cas, et en outre la saillie des cartilages provoque, à ce qu'il paraît, une compression de la moelle épinière, qui n'est pas très forte, car on n'a pas trouvé de bloc. La possibilité d'une plus considérable augmentation de ces cartilages en forme d'ecchondrome n'est pas exclue et nous pouvons, par conséquent, envisager ce cas comme la première étape qui précède l'ecchondrome.

Obs. 4. — Le malade J. C..., âgé de 45 ans, marchand, entre à la Clinique neurologique le 23 novembre 1934, se plaignant de douleurs dans la partie inférieure de la poitrine et d'une paresse des muscles abdominaux.

Depuis six ans déjà, le malade est atteint d'une tuberculose pulmonaire.

Il y a trois semaines il ressentit des douleurs dans la colonne vertébrale après avoir levé un poids. Le jour suivant, les douleurs s'accentuèrent tellement que le malade ne pouvait ni s'asseoir dans son lit, ni bouger les jambes. Le ventre s'était enflé et de fortes douleurs apparurent dans la partie inférieure de la poitrine et dans le ventre. Le malade fut placé dans une clinique privée, où on fit le diagnostic de « ileus ». Après un traitement et un repos au lit, tous les symptômes diminuèrent considérablement et le malade rentra à la maison et commença à marcher et à travailler. Après quelques jours, les douleurs s'accentuent et les mêmes symptômes du côté du ventre réapparaissent.

Le malade est d'une taille moyenne, sa constitution est faible.

Pas de modification du côté du cœur. Dans le poumon droit on constate un processus tuberculeux. Le nerf ischiatique est douloureux du côté gauche ; hyperaesthésie cutanée, entre 8 Th. et 1L. et dans la région du nerf ischiatique gauche. Les mouvements des



Fig. 2.

membres inférieurs sont limités à cause des douleurs. Les réflexes sont exagérés. Le signe de Lasègue bilatéral.

L'examen radiographique montre des calcifications dans les cartilages intervertébraux, qui sont plus marqués entre les 7-8 vertèbres thoraciques et qui forme une saillie de 5 mm., qui pénètre dans le canal vertébral (fig. 2).

Se basant sur ces données on peut conclure que tous les symptômes indiqués, douloureux, ainsi que moteurs, sont provoqués par les modifications et accroissements des cartilages intervertébraux.

On ordonne au malade une extension de la colonne vertébrale. Après que le malade est soumis à l'extension pendant cinq jours, une amélioration très marquée se laisse constater. On lui fait un lit de gypse. Un séjour d'un mois dans ce lit fait disparaître les douleurs ; son état général s'améliore considérablement et on constate une augmentation du poids du malade. Il quitte la clinique dans un état beaucoup amélioré.

Dans ce cas nous avons affaire à une tuberculose pulmonaire, mais le processus dans les cartilages intervertébraux ne dépend pas de ce processus et peut être le résultat des causes générales, ainsi que dans nos autres cas, c'est-à-dire de diathèse arthritique.

Obs. 5. — La malade G. M..., âgée de 35 ans, femme d'un marchand, entre à la Clinique neurologique de l'Université, à Tartu, le 16 mars 1935, se plaignant de douleurs dans les deux membres inférieurs. Depuis plusieurs années, la malade avait éprouvé des douleurs dans la surface postérieure de la hanche gauche et il y a deux ans ces douleurs s'accentuèrent considérablement et atteignirent toute la jambe. La malade a remarqué que ces douleurs gagnaient en acuité lorsqu'elle faisait des courses à pied. Il y a un an, les douleurs sont devenues encore beaucoup plus fortes et elle a remarqué que l'accentuation est surtout provoquée par la toux et la selle.

La malade avait toujours été bien portante ; elle a un enfant. Les menstrues sont régulières.

Les organes internes sont dans la norme. Rétroversion de l'utérus. Les mouvements exécutés par les membres inférieurs, lorsque la malade est au lit, ne provoquent pas de douleurs. Lasègue léger. Les réflexes ne montrent aucune modification ; légère exagération de la sensibilité à la douleur dans la région du 5e nerf lombaire et le 1er nerf sacré. Les troncs du nerf ischiatique sont un peu sensibles, surtout du côté gauche.

Le liquide céphalo-rachidien est transparent. Albumine: 0,2 0/00. Pas de pléocitose. La pression est normale.

L'examen radiographique ne montre pas de modification dans le système osseux. Dans le sang, augmentation de l'acide urique.

On introduit le lipiodol. L'ombre montre une accumulation du lipiodol au-dessus de la 5e vertèbre, mais ensuite il descend. La photographie nous montre le lipiodol en forme d'une ombre oblongue repoussée vers un côté.

Les douleurs qui devenaient progressivement plus fortes et qui se répandaient sur les autres parties de la jambe, et ensuite sur l'autre jambe, ainsi que la rétention du lipiodol et la forme oblongue de son ombre sont en faveur d'une néoformation qui produit une compression de la cinquième racine lombaire. Les douleurs

disparaissent pendant le repos au lit, cela indique que cette néo-formation devient plus grande avec le poids supporté par la colonne vertébrale et qu'elle peut être localisée dans le cartilage intervertébral, (l'ecchondrome). On se décide à une opération.

L'opération est pratiquée le 6 avril. Laminectomie dans la région de IV, V L et IS. La dure-mère est tendue. On fait une incision longitudinale et, après écoulement du liquide, on aperçoit une saillie du cartilage dans la forme d'un cas semi-circulaire localisé dans la direction du côté gauche. Cette saillie est éloignée sous la dure-mère. Deux racines (V L et IS) sont réséquées à gauche et une à droite. La dure-mère est recousue. La plaie est fermée par trois étages de fils et un tampon est maintenu pendant 24 heures. L'état général de la malade est bon. Elle n'éprouve pas de douleurs. La plaie guérit *per primam*. Les premiers trois jours, rétention d'urine qui disparaît ensuite. Au huitième jour les fils sont enlevés.

Pendant les premiers huit jours après l'opération, la malade éprouvait des légères douleurs dans la jambe droite, mais aucune douleur dans la gauche. Ensuite, les douleurs dans la jambe droite sont aussi disparues. Légère hyperesthésie dans la région du premier et du deuxième nerfs S gauches, du côté droit, la sensibilité n'est pas modifiée. Au 16e jour, la malade commence à marcher et ne ressent aucune douleur. Le 21e jour après l'opération, la malade guérie est autorisée à quitter la clinique. Trois mois plus tard, j'ai eu des nouvelles de la malade ; elle travaillait, marchait beaucoup et n'éprouvait aucune douleur.

Dans ce cas, il y avait une légère saillie du cartilage dans la cavité du canal vertébral et dans les orifices intervertébraux qui produisait une pression sur les racines. Cette saillie n'était pas visible sur les photographies car elle n'était pas calcifiée et ce n'est que la rétention temporaire du lipiodol pendant l'examen radiographique qui nous a donné la possibilité de supposer l'existence d'un petit bloc dans la région de la 5e vertèbre.

Obs. 5. — Le malade A. K..., âgé de 51 ans, fonctionnaire des chemins de fer, entre à la Clinique neurologique de l'Université, à Tartu, le 28 décembre 1934, se plaignant de vives douleurs dans la jambe droite.

L'affection actuelle débuta il y a deux ans et demi par des douleurs dans le mollet droit et dans la surface postérieure de la hanche. Les douleurs s'accentuaient pendant la marche. Jusqu'à ce temps, il avait été bien portant. Les douleurs s'aggravaient progressivement et, il y a deux ans, il fut obligé de cesser son travail. C'est alors qu'il se rendit dans la clinique où on fit le diagnostic de « Ischias ». Après, un séjour de deux semaines à la Clinique

neurologique où il s'était rétabli encore une fois. Mais ensuite, encore deux fois durant ce temps, il se trouvait forcé de séjourner à la clinique. On le traitait comme un malade avec « Ischias rhumatismal ». La dernière fois, il est entré à la clinique avec des douleurs dans l'autre jambe et dans la région de la 5e vertèbre.

Avant cette affection, le malade n'a souffert d'aucune maladie grave, excepté d'une inflammation des poumons et de plusieurs grippes. Il nie la syphilis. Toute la famille est bien portante. Il n'abuse pas de l'alcool.

On ne constate aucune modification du côté des organes internes. Le membre inférieur droit est atrophié à la hanche. La pression du nerf Ischiatique provoque une douleur plus vive dans le membre inférieur droit que dans le gauche. Aucune modification des réflexes. Exagération très prononcée de la sensibilité cutanée à la douleur dans la région de la cuisse et dans la région où se répand VL et 1 et 2S. Lasègue très prononcé aux deux membres, mais plus marqué au membre droit. La percussion des apophyses épineuses démontre une douleur au niveau de la cinquième vertèbre. La miction est douloureuse. La température cutanée dans la région du mollet et du pied est de deux degrés plus basse au droit qu'au membre gauche.

Liquide céphalo-rachidien ; la pression est normale ; albumine, 0, 25 ‰. Pas de pléocitose. Pas de bloc.

Wassermann et Sg négatifs. Rien de pathologique dans l'urine et dans les matières fécales.

L'examen radiographique montre une tache blanchâtre dans la région de la 5e vertèbre qui correspond au cartilage intervertébral 5L et 1S. Le lipiodol est introduit au moyen d'une ponction sub-occipitale. Le tableau radiographique montre une rétention du lipiodol au niveau entre la 4e et la 5e vertèbres, d'où il descend ensuite en forme d'un écoulement mince et s'arrête au niveau de la 2e vertèbre sacrée. Après cela, le malade éprouve une aggravation très prononcée des douleurs dans les deux jambes.

Tous les résultats de l'examen clinique : les douleurs bilatérales dans le nerf ischiatique, la sensibilité de la 5e vertèbre, l'hyperesthésie cutanée dans la région 5L et 1 et 2S et l'existence d'une formation calcifiée qui cause une rétention temporaire du lipiodol, sont en faveur d'une tumeur localisée dans la région, entre la 4e et la 5e vertèbres. Comme cette tumeur ne provoquait que des douleurs provenant des racines et ne causait pas de troubles dans la sphère motrice, les réflexes n'étant pas modifiés, on pouvait supposer que le volume de cette tumeur n'est pas grand. La localisation de la tumeur faisait pencher le diagnostic vers l'ecchondrome.

L'opération est pratiquée le 9 janvier sous anesthésie locale.

Laminectomie dans la région de 4, 5L et 1S. Après ouverture de la dure-mère, il s'en écoule une grande quantité de liquide avec du lipiodol. Sous la dure-mère, on perçoit une saillie sphérique très nette pénétrant dans le canal vertébral. La dure-mère est écartée et on découvre une solide néoformation sphérique du volume d'une noisette. On éloigne cette néoformation au moyen d'une pince et on trouve qu'elle est solidement fixée au cartilage intervertébral. La dure-mère, les muscles et la peau sont recousus. La tumeur s'est vérifiée être de consistance cartilagineuse. Le jour suivant, le malade éprouvait encore des douleurs dans la jambe, mais ensuite, petit à petit, elles disparurent. Cicatrisation par première intention. Les fils furent enlevés.

Deux semaines après l'opération, le malade commence à marcher. Il n'éprouve aucune douleur. J'ai revu le malade après six mois en état, complètement bien portant. Il a repris son travail et se sent tout à fait bien.

On rencontre une pareille calcification de l'ecchondrome assez rarement. Dans ce cas, tous les symptômes faisaient plutôt pencher le diagnostic vers une sciatique.

Dans ce cas, ainsi que dans les deux premiers cas que j'ai décrits (1), j'ai observé une diminution de la température de 2° dans la région du membre affecté. L'explication en est que l'excitation des racines postérieures a causé un spasme des vaisseaux, ce qui peut faire supposer quelquefois un développement de la maladie Reymond.

Parmi les cas des modifications des cartilages intervertébraux que je viens de décrire, les trois premiers appartiennent à la première période de la maladie quand on constate une diminution de l'élasticité du cartilage et en même temps un épaississement de ses parties postérieures ; ceci, pendant la station debout et la marche, occasionne sa saillie dans les orifices intervertébraux qui, à son tour, provoque une excitation des racines. Dans le cas 4 et 5, nous avons des calcifications plus prononcées et on peut envisager ces cas comme appartenant à la première période de l'ecchondrome, tandis que le 6e cas présente un ecchondrome nettement déterminé. Dans tous ces cas, à côté des modifications du cartilage, on constate toute une série de modifications pathologiques dans les vertèbres, qui prend la forme de « Spondylitis deformans »,

---

(1) *Bull. et Mémoires de la Soc. Nat. de Chirurgie*, t. LXI, 1, 1933.

et je crois que pour tous ces cas convient la nomination de « Spondilo-chondritis ossificans ».

Dans tous les cas, les malades sont d'un âge moyen. Le traitement, comme on le voit des cas rapportés, se compose de l'extension, d'un corset ou d'un lit de gypse, d'une diète et des remèdes antiarthritiques (Urodonal, pyperazine, etc.). Dans les cas où on constate un ecchondrome typique, son ablation chirurgicale est indiquée.

Dr Crouzon (de Paris). — Je désire souligner le très grand intérêt de la communication de M. Puusepp, qui met en valeur des aspects cliniques de la pathologie du disque intervertébral. Cette pathologie a été exposée dans la thèse de Mauric et à côté des cas de compressions médullaires ou radiculaires, on peut observer des lésions moindres du disque intervertébral entraînant des troubles diffus et des algies dont on ne trouve pas facilement la cause, si l'on ne fait pas une radiographie vertébrale. J'ai publié, avec Christophe et Ledoux-Labard, un cas où des hernies multiples du disque intervertébral méconnues avaient provoqué pendant huit ans des douleurs qu'on avait pu qualifier de cœnesthopathiques. C'est par la radiographie que nous avons pu déceler la cause que nous avons traitée avec quelque succès par la physiothérapie.

A propos de la question des crises d'allure hystérique dans l'encéphalite épidémique

par M. le Prof.-Dr Jean Sebek (de Prague)

En ce qui concerne la question sur une ressemblance particulière entre certains symptômes et syndromes des maladies du système extra-pyramidal et ceux de l'hystérie, de nombreux travaux ont été publiés. Nous avons insisté sur ce sujet déjà en 1924 et 1927 (1). Depuis ce temps, nous avons observé à la Clinique neurologique de Prague plus de 800 cas de syndrome parkinsonien encéphalitique et nous étions souvent frappé par une origine brusque des troubles divers qu'on pourrait attacher à la vaste symptomatologie de l'hystérie. Nous avons observé des phénomènes de l'aphonie spasmodique, mutisme, dysphagie, blépharospasme, hoquet, bâillement, éternuement, toux spasmodique, vomissement, météorisme, oligurie, œdème, ecchymoses spontanées, astasie, abasie, etc.

Ces troubles, caractérisés par une violence de leur début, survenaient souvent d'une manière périodique et nous les avons constatés régulièrement après une émotion violente. Il était possible de les reproduire et de les faire disparaître par une suggestion.

A côté de ces symptômes, nous avons observé, dans le syndrome parkinsonien, des contractures au niveau des extrémités et des crises hystériques typiques.

Depuis 1927, nous avons constaté des contractures d'ordre hystérique chez 5 jeunes parkinsoniques, âgés de 18-21 ans. Dans tous ces cas, il s'agissait d'un syndrome hypertonique et akinétique durant plusieurs années. L'origine des contractures

---

(1) Les syndromes parkinsoniens. *Revue neurologique tchèque,* 1924. Contributions cliniques à la physiopathologie du système nerveux sympathique. *Ibidem,* 1927.

était dans ces cas toujours brusque, survenant régulièrement après une émotion. Les contractures étaient localisées au niveau des membres supérieurs, dans un cas seulement aux membres inférieurs. Elles duraient quelques minutes, même quelques heures. Par une contraction spasmodique de la musculature, l'extrémité était fixée dans une position déterminée, qui était toujours la même chez les mêmes individus. Dans un cas, nous avons constaté une extension bilatérale au niveau du coude et du poignet avec une flexion extrême des doigts, dans un autre il s'agissait d'une extension unilatérale au niveau du coude et une flexion du poignet et des doigts. Une autre fois, nous avons trouvé une flexion unilatérale ou bilatérale au niveau du coude avec l'adduction du bras et flexion du poignet et des doigts, chez une malade c'était une extension des extrémités inférieures au niveau de l'articulation coxale et celle du genou avec une flexion plantaire du pied et des orteils, qui se produisait régulièrement.

L'intensité de la contracture était toujours très considérable et la contracture conservait toutes les qualités de la contracture hystérique. On pouvait la faire disparaître après une suggestion. De même, il était possible de la reproduire par le même procédé. Chez ces malades, nous avons régulièrement trouvé un déséquilibre du système sympathique très intense et une hyperémotivité avec une exaltation psychomotrice.

Dans deux cas du syndrome parkinsonien, nous avons noté des crises hystériques typiques.

Il s'agissait là de deux jeunes hommes âgés de 22 et 24 ans, atteints du syndrome hypertonique et akinétique, associé dans un cas à un tremblement périodique de la tête et des extrémités supérieures. Or, chez ces deux sujets, nous avons observé des convulsions rappelant des crises hystériques classiques de l'école de Charcot.

Après un stade prodromal, caractérisé par un affaiblissement psychomoteur total, les spasmes toniques des membres supérieurs et inférieurs commençaient à se manifester, ensuite, après une courte période, nous avons vu des spasmes cloniques qui se produisaient au niveau de toutes les extrémités. Dans un instant, on pouvait observer un stade du clownisme et ensuite un arc de cercle classique. Après la culmination de la crise, durant quelques instants, le malade devenait calme, ne montrant que quelques secousses musculaires et des soupirs. La durée de crise contenait, en somme, une période de

15-30 minutes. La crise était provoquée, régulièrement, par une émotion violente, et il était possible de la provoquer par des procédés suggestifs. Il est intéressant que, dans ces cas aussi, le déséquilibre végétatif était très prononcé et que les deux sujets présentaient une labilité psychique remarquable.

Comme nous avons dit, il s'agissait, dans ces cas, d'un syndrome parkinsonien typique. Mais ce qui a attiré notre attention, c'était l'état des réflexes sympathiques. Tandis que nous avons observé, dans le syndrome parkinsonien, régulièrement une exagération du réflexe oculo-cardiaque et une abolition du réflexe solaire de M. Claude, on a constaté, chez les sujets mentionnés, à côté du réflexe oculo-cardiaque exagéré, aussi une exagération du réflexe solaire. De même, les épreuves pharmaco-dynamiques, faites avec l'atropine, la pilocarpine, l'adrénaline et l'ergotamine, ont montré, dans ces cas, une hyper-réflectivité parasympathique et orthosympathique, ce que nous n'avons noté, dans les autres cas du syndrome parkinsonien, que chez des sujets atteints en même temps de troubles trophiques très intenses. Au commencement de la crise, l'hyperréflectivité orthosympathique se manifestait encore plus exagérée ; la crise étant finie, nous avons observé, de nouveau, un affaiblissement relatif de ladite réflectivité.

Après l'administration de la scopolamine chez ces malades, nous avons noté, à côté d'une diminution de la rigidité et des réflexes de posture, aussi une diminution de l'intensité des symptômes psychomoteurs et des symptômes sympathiques ainsi qu'une diminution de fréquence des crises spontanées d'ordre hystérique. Par contre, il était, là aussi, possible de les faire survenir ou disparaître par des procédés suggestifs. En même temps, la réflectivité du parasympathique et de l'orthosympathique se montrait relativement diminuée.

Il est intéressant que, dans les crises de l'hystérie dite pure, d'ordre fonctionnel, nous avons fait, en ce qui concerne la réflectivité sympathique, les constatations analogues, comme nous avons décrit en 1927 (l. c.).

Si l'on compare les symptômes d'allure hystérique dans le syndrome parkinsonien avec ceux de l'hystérie dite vraie, on ne peut pas nier une certaine ressemblance entre eux. Mais on ne peut pas soutenir l'hypothèse que les symptômes d'allure hystérique dans les syndromes extrapyramidaux soient causés par une lésion anatomique du système extrapyramidal. Plutôt il faut, dans leurs études, attirer l'attention au système sym-

pathique. Dans les deux catégories des syndromes mentionnés, nous avons vu des troubles analogues de l'innervation végétative, survenant surtout au moment des crises. Après l'administration des substances pharmaco-dynamiques, dont l'action centrale a été documentée, à notre clinique, aussi par des méthodes chronaximétriques, nous avons noté, dans les deux catégories, des modifications analogues de la réflectivité du parasympathique et de l'orthosympathique et, en même temps, des modifications, toujours parallèles, des troubles moteurs et psychiques. Aujourd'hui, on commence à connaître mieux les rapports du sympathique à l'innervation sensitive, motrice et même aux phénomènes psychiques.

D'après de nombreux travaux (Haškovec, Specht, Pende, David, Mazurkiewicz, Müller, Santenoise, Vermeylen), on peut localiser, au niveau de la région diencéphalique, où l'on pose des centres du système extrapyramidal, aussi les centres sympathiques et le centre du psychisme dit sous-cortical. Nous sommes d'avis que, dans la production des symptômes d'allure hystérique, interviennent avant tout les lésions du mécanisme régulateur psycho-végétatif. Mais tandis qu'il s'agit dans l'hystérie dite vraie des troubles dynamiques, causés par l'insuffisance fonctionnelle des éléments cellulaires provenant de causes hérédo-dégénératives, par des modifications biochimiques, d'origine traumatique et émotionnelle, on peut supposer, dans les crises d'allure hystérique, dans l'encéphalite épidémique, l'étiologie toxi-infectieuse, ce qui peut expliquer aussi, par une exacerbation et propagation du processus pathologique, l'évolution des symptômes mentionnés.

Deux cas de pachyméningite hémorragique de la fosse postérieure avec crises opisthotoniques hystériformes

par M. G. de Morsier (Genève)

Les pachyméningites hémorragiques de la fosse postérieure sont rares. Sur les 23 cas que nous avons étudiés, nous ne l'avons rencontrée que deux fois. Il n'y avait pas de traumatisme cranien dans l'anamnèse. Le diagnostic de localisation a été fait et l'opération l'a confirmé, mais le diagnostic de la nature de la lésion n'a pas été fait. Dans les deux cas, nous avons pensé à une tumeur de la fosse postérieure. Nous ne pensons pas que le diagnostic différentiel puisse être fait par les seuls moyens de la clinique, sans l'exploration chirurgicale qui, d'ailleurs, devra être pratiquée dans tous les cas. D'autre part, nos deux cas ont présenté au cours de leur évolution des crises opisthotoniques ressemblant à celles qu'on rencontre dans les états hystériformes.

Voici nos deux observations :

Observation 1. — Charles S., âgé de 58 ans, entre à la clinique médicale du prof. Roch, le 15 mai 1931. Il souffre de maux de tête depuis cinq ans environ. Ils sont localisés du côté gauche surtout, et fronto-occipitaux. Rarement, les douleurs irradient à droite. De plus, il était devenu très nerveux et irritable et ses troubles de caractère étaient augmentés par la moindre quantité d'alcool. Il avait cependant continué à faire son métier d'horloger, mais avec peine. Une semaine avant son entrée à l'hôpital, il a présenté subitement une douleur céphalique atroce, avec raideur de la nuque et du tronc. Il est resté ainsi pendant un instant, comme figé, soudé, suivant les expressions employées par sa femme. En même temps, pendant la crise de raideur, on remarque qu'il a l'air confus et répète tout le temps les mêmes questions. La crise passe au bout d'un instant, puis se reproduit les jours suivants, exactement de la même façon, avec raideur et confusion passa-

gères. Il ne garde pas le souvenir de ses crises confusionnelles. L'insomnie est complète depuis une semaine.

A l'entrée, il est lucide et orienté, mais légèrement somnolent. Il se plaint de céphalées très violentes, surtout à gauche. On constate un double signe de Babinski, sans troubles notables des réflexes tendineux de la motricité et de la sensibilité. Les réflexes abdominaux et crémastériens sont abolis. Pas de troubles de la motricité oculaire, pas de stase papillaire. Pas de signes de la série cérébelleuse. Pas de raideur de la nuque, ni de Kernig. La ponction lombaire montre un liquide clair. Pression : 30-37 ; alb. : 0,50 ; Pandy : négatif ; Vernes : 0 ; Wassermann : 0 ; benjoin colloïdal : 00000.00222.222110.

Brusquement, trois jours après son entrée à la clinique, le malade tombe dans le coma. Une nouvelle ponction lombaire montre une pression à 56, sans aucune modification après compression jugulaire. Devant ce tableau clinique, nous posons le diagnostic de tumeur de la fosse postérieure évoluant silencieusement depuis 5 ans, ayant donné depuis quelques jours des signes de blocage révélés par les « crises cérébelleuses », ou plus exactement crises de la fosse postérieure, si caractéristiques.

L'intervention d'urgence est pratiquée par le Prof. Kummer. Après ouverture d'un volet postérieur, on voit que la dure-mère du cervelet, est tendue et bleutée du côté gauche. A l'incision, il s'écoule une certaine quantité de sang brunâtre. Le cervelet bat à nouveau, la respiration est meilleure. Décès 24 heures après.

A l'autopsie, on vérifie l'existence d'une pachyméningite hémorragique interne recouvrant la moitié gauche du cervelet. De plus, il existe également, à la base de l'hémisphère cérébral gauche, une pachyméningite étendue avec hématome sous-dural.

Dans ce cas, la symptomatologie de la fosse postérieure n'était pas pure, à cause de la présence d'un hématome antérieur, mais il est certain que pendant toute la dernière période, c'est l'hématome postérieur qui a dominé la scène.

Le cas suivant montre une lésion beaucoup plus discrète :

Obs. 2. — Gérald R., âgé de 17 ans. Je le vois pour la première fois en juillet 1933. Depuis 3 à 4 ans, il souffre de *crises douloureuses,* durant plusieurs heures et survenant plusieurs fois par mois. La douleur est ressentie surtout au-dessus de l'œil droit. En même temps que la douleur, il est en proie à une véritable « crise de nerfs » ; il est confus, agité, angoissé, pousse des cris, fait de grands gestes, tout son corps bouge, il a l'impression de mort imminente, a des impulsions, se sent poussé à se précipiter en avant, veut se jeter par la fenêtre. Il lui arrive de casser des objets.

Pendant la crise il se comprime violemment l'œil droit. Aucun calmant n'agit pendant la crise. Il en garde parfois un souvenir confus, parfois aucun souvenir de ce qu'il a fait ou dit. A l'âge de 13 ans, il ne ressentait que la douleur pendant la crise. C'est depuis un an que les troubles mentaux ont apparu pendant la crise. Entre les crises, il est porté aux idées noires, très sensible, susceptible et irritable. Il a parfois des insomnies. L'appétit est capricieux. Il a de la peine à travailler de façon suivie à cause de ces crises et de son caractère. Il est souvent fatigué. L'examen neurologique donne fort peu de résultat. La motricité, la réflectivité et la sensibilité sont symétriques. Pas de troubles des nerfs craniens. Pas de troubles de l'équilibre dans la station, mais une légère déviation à gauche dans la marche.

Je le revois en novembre, soit cinq mois après. Il a eu deux crises, une en août, une autre en octobre. La douleur ne prend pas seulement la région sous-orbitaire, mais encore les dents à droite. De plus, même entre les crises, il a maintenant des maux de tête et sa mémoire est mauvaise.

Cette fois, l'examen neurologique donne des renseignements très importants : le réflexe patellaire gauche est plus vif que le droit et l'œil droit se ferme mal. Le réflexe cornéen est très diminué à droite. On pratique une ponction sous-occipitale qui montre un liquide clair de pression basse. Alb. : 0,22 ; Pandy : positif ; Nonne-Apelt : négatif ; glycose : 0,72 ; cultures : stériles ; éléments : 28, avec prédominance de lymphocytes. Pas d'images anormales à la radiographie du crâne. Pas de modification du fond de l'œil, ni du champ visuel. L'acuité auditive est normale, mais il existe une grosse diminution du réflexe vestibulaire à droite. Agueusie sur la moitié droite de la langue. Les crises se rapprochent, il s'en produit plusieurs par jour. J'en vois une à la clinique, il s'agit maintenant d'une « crise cérébelleuse » typique : le malade se met brusquement en opisthotonos en poussant des cris, puis il s'agite, gesticule et parle de façon incohérente et ne se souvient pas de la crise une fois qu'elle est passée. Il existe maintenant une hémiparésie à gauche et le facial supérieur est déficient des deux côtés, mais plus fortement à droite. Nous pensons alors à une tumeur de la région ponto-cérébelleuse droite et nous demandons au Prof. Jentzer d'intervenir.

Après ouverture d'un grand volet postérieur, on constate que la dure-mère est tendue, sans battements et épaissie. Après incision de la dure-mère, il s'écoule une certaine quantité de liquide situé dans l'espace sous-dural et on voit que l'arachnoïde est également tendu par le liquide céphalo-rachidien trop abondant. L'exploration minutieuse de la fosse postérieure ne décèle aucune tumeur. Une fois le liquide écoulé, les organes reprennent leur situation

et leur dimension habituelle. Par contre, l'examen microscopique d'un fragment de la dure-mère épaissie montre l'existence d'une *pachyméningite hémorragique interne* tout à fait caractéristique d'une épaisseur totale d'un mm. environ. Après les suites opératoires, les douleurs et les crises ont complètement disparu et le malade a pu se croire guéri pendant six mois environ. Puis, nous avons appris qu'il a de nouveau souffert de maux de tête, mais nous n'avons pas pu le réexaminer.

Ce cas, certainement très exceptionnel (je n'en connais pas d'autre dans la littérature) me paraît intéressant parce qu'il illustre bien le déterminisme strictement lésionnel des crises d'aspect névropathique ou hystérique qui ont été pendant 4 ans les seuls symptômes. Il est certain que ces crises complexes, avec douleurs, automatismes moteurs, verbaux, émotifs et végétatifs, sont déterminés par les lésions méningées de la fosse postérieure, encore discrètes. Cette observation vient donc confirmer la non-spécificité des crises opisthotoniques, confusionnelles et affectives dues aux lésions de la fosse postérieure, non-spécificité affirmée par Van Bogaert dans son beau rapport. La ressemblance des crises de notre malade avec celles du malade de Van Bogaert et Paul Martin, qui avait une double tumeur de la fosse postérieure, est frappante. En présence de telles crises, déterminées par des lésions purement méningées, on peut se demander s'il est nécessaire de faire intervenir seulement une « libération d'un mécanisme mésocéphalique « comme l'admet M. Van Bogaert, ou s'il ne s'agirait pas plutôt d'une série de phénomènes réflexes conditionnés par l'irritation méningée elle-même. On comprend mal des automatismes verbaux ou des inhibitions mnésiques par un mécanisme purement mésocéphalique. Nous serions aussi tentés d'admettre cette hypothèse en voyant si fréquemment des crises névropathiques hystériformes associées à de légers états inflammatoires du liquide céphalo-rachidien ou même à des symptômes caractérisés d'arachnoïdite.

Agueusie traumatique et auto-suggestion

par MM. R. Nyssen (Gand) et J. Helsmoortel jr. (Anvers)

Les travaux récents de H.-A. Woelk, de A. Bostroem, de H. Laemmle et de nous-mêmes insistent sur l'importance et la fréquence de l'anosmie traumatique. L'agueusie proprement dite, c'est-à-dire la perte plus ou moins complète des goûts fondamentaux, et de même origine, est bien plus rare. Sur plus de cent cas de traumatisme cranien, nous n'avons rencontré que six cas d'agueusie.

En 1872, Peltier rapporta le cas d'un sujet ayant eu une fracture de la voûte du crâne s'irradiant vers la base. Un malade de Ferrier avait fait une chute sur le sommet de la tête. Il en était de même d'un cas observé par Ogle.

Grunstein publia en 1882 l'histoire d'une jeune femme qui, à la suite d'une chute sur la région occipitale, perdit le goût et l'odorat. Un an après l'accident, les symptômes avaient rétrocédé en grande partie. Il les explique par une hémorragie produite par contre-coup dans les centres olfactifs et gustatifs.

Benedek rapporta en 1919 un cas d'hémiplégie traumatique accompagné de troubles hémilatéraux du goût, consécutive à une commotion due à une explosion d'obus.

Dans sa thèse inaugurale, Laemmle signale que sur ses 17 cas d'anosmie consécutive à un trauma cranien, il n'a pu trouver que quelques cas isolés présentant une diminution, voire une suppression du goût.

Parce que la fonction sensorielle qu'on appelle le goût est en réalité la résultante de sensations gustatives proprement dites, et de sensations olfactives y associées, l'anosmie totale entraîne inévitablement une agueusie partielle. Celle-ci consiste dans la conservation des sensations gustatives fondamentales. Les six cas que nous rapportons présentent l'absence ou la diminution simultanées de la perception des odeurs et des saveurs *fondamentales.*

Observations résumées

Observation 1. — D. G. (observation détaillée parue dans le *Journal belge de neurologie et de psychiatrie,* n° 8, 1935, sous le titre : « Un nouveau cas d'agueusie et d'anosmie d'origine traumatique »). Accident de travail : tête fortement coincée entre deux plans résistants. Pas de perte de connaissance. Saigne par le nez et l'oreille droite pendant 36 heures. Ponction lombaire ramène liquide sanglant. Diminution notable de l'ouïe à droite. Perte totale de l'odorat et du goût avec glycogueusie ; diplopie ; ni troubles pyramidaux, ni autres troubles moteurs, ni troubles sensitifs généraux. Céphalées. Léger syndrome commotionnel des deux oreilles. Pas de fracture décelable à la radiographie.

Petit à petit, céphalées, éblouissements, insomnie s'amendent. Par contre, l'anosmie, et secondairement à celle-ci, l'agueusie et la glycogueusie, n'ont rétrocédé que d'une façon très lentement progressive. Une hypalgésie à la piqûre à la face interne des joues est le seul trouble sensitif local.

Des examens fréquents de l'odorat montrent une récupération partielle de celui-ci. Elle concorde avec les réactions pneumographiques que nous avons recherchées aux mêmes époques et qui furent progressivement positives, sauf pour le scatol et l'acide capronique.

Au moment où l'anosmie avait cessé d'être complète, le sujet ne percevait encore aucun goût élémentaire. Petit à petit, on voit réapparaître la perception du goût pour les quatre saveurs fondamentales, toutefois, la sensation perçue reste lente et faible. En examinant la fonction gustative de chaque hémilangue séparément, nous constatons que les saveurs, quand elles sont perçues, le sont avec prédominance ou exclusivement à gauche.

Obs. 2. — V. P., accident du travail, fracture de la voûte cranienne s'étendant de la région temporo-pariétale gauche jusqu'au sinus frontal du même côté. Coma pendant plusieurs jours. A partir de la neuvième semaine après l'accident apparaissent des crises hystériformes. Vertiges, céphalées, anosmie et agueusie.

Etat actuel : vertiges, céphalées occipitale. L'intéressé prétend ne percevoir aucune odeur ; seule, la pyridine est perçue sous forme de picotement dans la gorge. L'enregistrement pneumographique donne des réactions typiques pour toutes les odeurs.

Au point de vue gustatif ne perçoit pas le sucré ; il reconnaît le salé ; l'acide et l'amer sont perçus, mais non reconnus. Il n'existe aucune réaction mimique au cours des examens avec ces diverses substances.

Obs. 3. — G. H. (observation complète publiée dans le *Journal belge de neurologie et de psychiatrie,* n° 4, 1934, sous le titre :

« A propos d'un cas d'anosmie et d'agueusie complètes d'origine traumatique »). Bégaiement intense depuis l'enfance. Accident de roulage. Plaie du cuir chevelu de la région occipito-pariétale gauche. Perte de connaissance pendant 24 heures, suivie d'un état confusionnel de deux ou trois jours. Céphalées, vertiges, insomnies, sommeil agité, troubles de la mémoire, nervosité, sensibilité à l'alcool. Syndrome commotionnel du labyrinthe droit. Radiographie du crâne : négative. Anosmie et agueusie dès le début.

Hypoesthésie tactile et thermique et hypoalgésie et analgésie irrégulièrement réparties sur toute l'étendue de la peau. Sensibilité tactile intranasale normale, hypoesthésie intranasale pour le chaud. Il prétend ne percevoir la pyridine que sous la forme d'un picotement au niveau de la poitrine, mais ne pas sentir les odeurs irritantes, telles que l'éther, l'alcool, le formol, l'ammoniaque, etc. Les réactions pneumographiques aux odeurs sont positives. Dans la cavité buccale : hypoesthésie tactile et thermique et hypoalgésie marquée. Sept ans après l'accident, il persiste une agueusie complète pour les solutions concentrées des saveurs fondamentales.

Obs. 4. — V. Z., accident de roulage. Blessé à la région occipito-pariétale gauche. Perte de connaissance pendant cinq jours. Céphalés, vertiges de position. Perte de l'odorat et du goût.

Fracture du pariétal gauche et irrégularité du sommet des fentes olfactives.

Römberg bien positif. Léger trouble labyrinthique à l'épreuve calorique froide. Engourdissement psychique manifeste ; myosis, réflexes cornéens faibles, vélo-palatins et pharyngien très faibles, hypoesthésie tactile et thermique, hypoalgésie cutanée générale et égale des deux côtés, hypo et aréflectivité cutanée ; exaltation pathologique des réflexes tendineux et périostés. Sensibilités tactile et thermique péri et intranasale, péri et intra-buccale normales. Hypoalgésie prononcée des mêmes régions.

Prétend ne percevoir aucune odeur, sauf la pyridine qui lui donne une sensation de chaleur dans le nez. Les réactions pneumographiques aux odeurs sont normales.

Au point de vue gustatif, l'amer seul est perçu à la base de l'hémilangue gauche.

Loin de s'amender, ces déficits olfactifs et gustatifs se sont accentués dans la suite, au point que les odeurs irritantes ne sont plus perçues et que l'agueusie est devenue complète.

Obs. 5. — V. de B., accident de roulage, fracture de l'écaille du temporal gauche. Coma pendant trois jours. Céphalées, vertiges, perte du goût et de l'odorat. Réflexes tendineux plus vifs à droite qu'à gauche ; irritabilité ; émotivité, sommeil agité.

Vingt-deux mois après l'accident, hémicranies gauches, éblouis-

sements. Sommeil agité, irritabilité. Réflexes tendineux et périostés exagérés à droite.

Sensibilités thermique, tactile et à la douleur sont normales pour le nez et la bouche.

L'intéressé ne perçoit que certaines odeurs et seulement par l'acte du reniflement : ce sont le salicylate de méthyle, l'iodoforme, l'acide capronique et la pyridine.

Le salé est perçu d'une façon erronnée (sucré) et avec retard. Le doux, l'acide et l'amer sont perçus normalement.

Obs. 6. — P. A., au cours d'une collision d'autos est projeté au travers du toit de sa voiture. Sans connaissance pendant un jour. Plaies contuses du cuir chevelu (région pariétale gauche), ecchymose violacée des paupières gauches. Céphalées, douleurs à la poitrine, diminution de l'ouïe, vision trouble à gauche, diminution de la force musculaire dans la main droite. Perte du goût et de l'odorat.

Un an et demi après l'accident, l'intéressé se plaint des mêmes symptômes. Léger Romberg, absence de phénomènes pyramidaux. Hyperesthésie tactile et algique de l'hémicorps droit et hypoesthésie tactile et algique de l'hémicorps gauche. La limite entre les deux zones est reportée en avant, à quelques centimètres à gauche de la ligne médiane et en arrière à plusieurs centimètres à droite de cette même ligne. Hypoexcitabilité des deux appareils labyrinthiques et syndrome commotionnel des appareils otolithiques. Simulation consciente ou inconsciente de la surdité à gauche.

Les réactions pneumographiques témoignent de la conservation de l'excitabilité olfactive, alors que le sujet prétend ne rien sentir du tout.

Seule, la solution saturée d'acide citrique donne une légère sensation de brûlure de la langue. Pour les autres saveurs, pas même la plus petite réaction mimique.

Dans l'hystérie, on peut trouver une altération du goût incomplète ou hémilatérale. Un cas bilatéral a été signalé par l'un de nous en 1926. L'hypo ou l'agueusie est un des éléments de l'anesthésie sensitivo-sensorielle hystérique.

Depuis Bechterew, on tend à localiser le centre cortical du goût dans l'opercule de la circonvolution centrale postérieure. Henschen, Boernstein, Goldstein et Kleist soutiennent cette opinion.

D'après Kleist, chaque champ gustatif reçoit les impressions des deux moitiés de la langue avec prédominance toutefois de l'hémilangue opposée. L'hémisphère gauche a une action prédominante sur l'hémisphère droit.

*
**

1° Sur les 6 cas décrits, un seul présente, outre les phénomènes agueusiques, de la glycogueusie subjective et spontanée. D'après la littérature, le phénomène glycogueusique peut se présenter dans différents états à caractère non pithiatique : Koster cependant a décrit des sensations spontanées de sucre chez des hystériques. Dans le cas qui nous occupe, la glycogueusie est dépourvue de toute signature organo-chimique ; elle a rétrocédé progressivement et en même temps que les troubles agueusiques.

2° Dans les deux premiers cas où l'on assiste à une régression des troubles étudiés, l'agueusie rétrocède secondairement ou parallèlement à l'anosmie.

3° Dans aucun de nos 6 cas, l'agueusie n'a existé d'une façon isolée, pas plus que dans les nombreux cas de traumatisme cranien que nous avons pu examiner. L'anosmie seule est par contre relativement fréquente.

L'évolution parallèle de l'anosmie et de l'agueusie et en particulier l'inexistence de l'agueusie isolée plaident en faveur de la dépendance de l'agueusie par rapport à l'anosmie.

4° Si nous admettons la localisation de Bechterew, de Kleist et d'autres, nous ne pouvons concevoir la nature organique de l'agueusie de nos 6 cas. Car il faudrait supposer l'existence d'une lésion simultanée des centres gustatifs fort éloignés l'un de l'autre et des centres olfactifs, ce qui supposerait dans ces six cas la coexistence d'au moins trois lésions très dispersées.

5° Sur nos six malades, cinq présentent en dehors des troubles olfactifs et gustatifs, soit des dispositions constitutionnelles ou des troubles psychiques favorables à la suggestion (obs. 1, 2, 3), soit des troubles sensitifs et sensoriels autres que des troubles gustatifs et dépourvus de caractères organiques (obs. 1, 2, 3, 4 et 6), soit même des crises hystériformes (obs. 2).



Par l'ensemble des considérations que nous avons émises, il semble tout indiqué que la dépendance fonctionnelle de l'agueusie par rapport à l'anosmie est de nature suggestive.

Cette action de l'anosmie sur le goût par voie suggestive est d'autant plus admissible que cette suggestion peut trouver un aliment dans la coexistence presque constante d'une anosmie réelle et d'une pseudo-agueusie partielle y associée.

Répercussivité émotive
et spasmes hypertoniques des syndromes striés : leurs modalités

par MM. J. Froment, G. Chanial et Mlle A. Feyeux

De même qu'il y a deux types d'hypertonie pyramidale, la tendinéo-réflexe et la cutanéo-réflexe, il y a, manifestement aussi, plusieurs types d'hypertonie extra-pyramidale.

Tandis que l'hypertonie parkinsonienne fige le malade dans ses gestes et dans sa mimique, l'hypertonie wilsonienne, en d'étranges contorsions, convulse face et membres. La première est complaisante mais n'aime pas le changement ; elle a pu être dite « plastique ». La deuxième n'est que protestation, révolte et grotesque anarchie. Toutes deux autorisent des libertés, les prétendus paradoxes striés, que, plus constantes, interdisent les hypertonies pyramidales. Si différentes soient-elles, ces deux hypertonies extra-pyramidales, sur certains points, s'apparentent. La réflectivité statique, manifestement en cause, dans l'hypertonie parkinsonienne, paraît aussi plus ou moins perturbée dans l'hypertonie wilsonienne, mais elle ne rend pas compte des grimaces faciales et des gesticulations qui, manifestement, viennent d'ailleurs. Ne relèvent-elles pas, celles-ci, de ce que l'on pourrait dénommer la *réflectivité ou répercussivité émotive*. N'est-ce pas elle qui, anarchique, sans frein, illogique, déclanche toutes ces étranges réactions musculaires dont un ordre, un témoin, voire la seule intention d'exécuter un acte, suffisent à provoquer l'explosion ?

Le dérèglement de cette réflectivité émotive peut être objectivement mis en évidence par deux ordres d'épreuves :

1° L'ÉPREUVE DU VERRE, *geste accompagné ou non.*

2° L'ÉPREUVE COMPARÉE DE L'ÉCRITURE, *sans témoins, devant témoins et main guidée.*

***

Le tremblement intentionnel de la pseudo-sclérose (1) révèle, à qui minutieusement l'étudie, sa parenté wilsonienne. Il la trahit surtout quand, attentivement, on le confronte avec le tremblement de la sclérose en plaques ou d'une manière plus générale, avec le tremblement de type cérébelleux.

Dans la pseudo-sclérose, *la main n'est pas simplement gênée* dans l'exécution de l'acte qu'elle se propose de mener à bien *par les oscillations qui la déportent de part et d'autre de la bonne direction* — ainsi que dans le tremblement de type cérébelleux — *mais, en fait, se montre rétive.* Elle *résiste* à l'appel du mouvement volontaire. Elle se *cabre* en quelque sorte.

Lorsqu'une pseudo-sclérose veut prendre un verre, point n'est besoin que celui-ci soit plein d'eau, pour mettre son émotivité en branle et du même coup contorsionner et affoler le bras.

Tout tremblement, il est vrai, est accusé par l'émotion, mais ici les causes d'émotivité les plus futiles et les plus infimes, — telles que la crainte de renverser un objet, d'ébrécher le verre sur la table de marbre, de mal replacer l'objet saisi, ou simplement de témoigner en public de sa maladresse, — suffisent à déclancher dans la musculature des réactions aussi violentes que contradictoires.

Le vouloir bien faire paradoxalement déclanche ici — comme dans tout les autres troubles striés s'apparentant à la maladie de Wilson — une véritable *rébellion musculaire* qui, brutalement, s'oppose à l'acte voulu. Rien de comparable dans la sclérose en plaques dont les mouvements sont, sans plus, déviés et faussés par hypermétrie et asynergie.

Une légère variante apportée à l'épreuve du verre souligne cette différence et la rend aisément saisissable.

Le verre est alternativement pris, porté aux lèvres et remis sur table sans aide d'abord, puis avec aide. Le geste du malade est dans ce dernier cas soutenu, guidé, accompagné par l'observateur.

Tandis que le *tremblement de type cérébelleux, grandement, bénéficie du geste accompagné qui,* à bien peu près, *le norma-*

(1) J. Froment, P. Bonnet et R. Masson. — La pseudo-sclérose, type Westphal-Strümpell. Ce qui sémiologiquement la trahit. Ce dont physiologiquement elle témoigne. *Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1935, pp. 393-408.

lise, — le tremblement de la pseudo-sclérose n'en est en rien amélioré, tout au contraire. L'observateur sent sous sa main le membre qui se cabre et se refuse à l'acte. C'est qu'on ne parvient pas sans peine à maîtriser les réactions émotives qui bouleversent la musculature : le sauveteur qui tente de repêcher un homme qui se noie, trop souvent l'apprend à ses dépens.

C'est ce que montre nettement, nous semble-t-il, la première partie du film cinématographique, qui vient à l'appui de cette première communication.

***

L'épreuve comparée de l'écriture sans témoins, devant témoins et main guidée est tout aussi significative. Nous y avons été conduit par l'étude d'un jeune homme de 18 ans, atteint d'un syndrome de Cécile Vogt qui, devant témoins, maladroit écolier, « suait sang et eau » pour tracer quelques lignes ; tandis que, sans témoins, il était capable non seulement d'écrire beaucoup plus aisément, mais, ce qui mieux était, de dessiner, non sans finesse, une excellente caricature. Ecrivant beaucoup plus facilement que lui, force nous est de nous reconnaître absolument incapable d'exécuter une telle caricature, même sans témoins et même en beaucoup nous appliquant.

La constatation de ce contraste nous a conduit à confronter attentivement — écriture sans témoin — écriture devant témoin — écriture main guidée — dans une pseudo-sclérose et dans plusieurs états striés infantiles régressifs, s'apparentant au syndrome de Cécile Vogt.

Le fait saillant qui s'en dégage est le suivant : l'écriture sans témoins est plus aisée et moins défectueuse que l'autre. Il ne sert à rien, dans ces cas, de guider la main ; tout au contraire. C'est ce que met en évidence la série de projections présentées à l'appui de cette communication. Il se passe là un phénomène comparable à celui que, plus haut, nous constations dans l'épreuve du verre (*geste accompagné*).

Tout ceci ne tient-il pas à une répercussivité émotive excessive et déréglée ? Le propre de toute émotivité en émoi n'est-il pas de se laisser difficilement apaiser et d'autant plus difficilement que directement on s'y applique ? Là où achoppe la lutte directe, un peu mieux réussissent la non-prise en considération et la diversion. Qui ne le sait ? Mais ceci, c'est de

l'interprétation psychologique, et nous prétendons rester sur le terrain des faits.

*
**

Mettons en regard maintenant, d'une part, cette répercussivité émotive excessive du Strié et d'autre part les réactions psychiques qu'on prête à l'hystérique.

La grande émotion a été souvent retenue comme cause provocatrice d'accidents hystériques. Cette notion était, autrefois, classique ; on la retrouve explicitement mise en cause dans les monographies de Briquet, de Charcot, de Richer, de Gilles de la Tourette, de Pitres, pour ne citer que les études les plus marquantes. Mais l'accident dont l'émotion avait, croyait-on, provoqué l'apparition, crises convulsives à part, était un accident fixe qui, une fois provoqué, jusqu'à guérison demeurait.

Ce caractère de fixité l'oppose à la répercussivité striée, essentiellement variable. Les perturbations qui en résultent demeurent, pourrait-on dire, constamment inconstantes. C'est là précisément ce qui donne au phénomène strié son apparence paradoxale.

Ces différences dans le comportement ne sont pas les seules à retenir. L'émotion fautive était classiquement *grosse émotion,* pour ce qui a trait à l'*accident hystérique.* Celle qui met en branle *la répercussivité excessive du Strié* est au contraire, presque toujours, *émotion futile.* La malade qui vient demander secours à son médecin et qui a toute confiance en lui, réagit paradoxalement à sa présence. Elle le sait, elle s'en veut, mais aussi sait que cela passera et, pour faire ce qu'il veut, guette une accalmie. De cette émotivité, il semble plus difficile de distraire le Strié que l'Hystérique. Ne savait-on pas déjà, au temps de l'hystérie classique, qu'une grande émotion pouvait défaire ce qu'une autre avait fait ? N'est-ce pas la constatation de tels faits qui avait incité Babinski à écrire ce qui suit : « On peut même dire, concluait Babinski (voir *Œuvres scientifiques,* p. 518), que *si les émotions, en affaiblissant le sens critique, peuvent préparer l'esprit à subir la suggestion, elles excluent sur le moment* et empêchent lorsqu'elles sont intenses, *le développement des phénomènes pithiatiques :* c'est pour ce motif que *les émotions violentes les font même disparaître. Quand une émotion*

sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'Hystérie. » Rien d'analogue chez le Strié.

Essayons de mettre en courte formule les différences de comportement à l'égard de l'émotion, de l'Hystérique et du Strié, nous ne disons pas de tous les Striés.

L'émotion prépare le terrain à l'accident hystérique, et lui donne un thème qui semble, par la suite, plus ou moins s'organiser dans la sphère rationnelle, que cela soit plus ou moins subi, plus ou moins voulu, plus ou moins simulé, problème qui demeure généralement insoluble. Tout différent est le Strié, que l'émotion, sans plus, met un instant en branle, sans qu'aucune organisation psychique ne s'en suive. On pourrait *opposer l'émotion créatrice de l'hystérie à l'émotion révulsive du Strié.* La première, consciemment ou inconsciemment, organise tout un système et le consolide, mais est à la merci d'une habile contre-suggestion. La seconde, si violemment qu'elle bouleverse et convulse le tonus musculaire, n'est que *réaction à onde courte, et pourtant déjoue toute contre-suggestion.*

Comment et où rechercher les signes objectifs caractéristiques des divers syndromes striés

par M. J. FROMENT (de Lyon)

La pathologie striée se présente sous des aspects multiples, mais bien spéciaux, qui, en tous points, diffèrent de la pathologie pyramidale, pour ne parler que d'elle.

Elle en diffère tant que, de divers côtés — surtout frappé par ces différences — on qualifia la pathologie striée de paradoxale et on fut tenté, un peu trop vite, de l'assimiler ou de la comparer à l'hystérie.

Imbert, dans sa thèse intitulée « *Le problème de l'Hystérie dans le passé et en face des états post-encéphalitiques* » (Lyon, 1931), — thèse faite sous notre inspiration directe — s'attacha à montrer qu'à côté des ressemblances apparentes, il y avait des différences fondamentales qui les opposaient nettement (1).

C'est bien, semble-t-il, l'opinion qui — après quelques hésitations et en dépit de quelques divergences — paraît l'emporter, ainsi qu'en témoignent les conclusions très nettes des deux rapporteurs H. Baruk et Ludo Van Bogaert, qui ne se font pourtant pas tout à fait, de l'hystérie, la même conception que l'Ecole de Babinski.

Bien loin d'avoir été méconnue de Babinski, la pathologie striée retint longuement son attention. Dès 1900, l'année même où il publia sa remarquable étude « *Diagnostic différentiel entre l'Hémiplégie organique et l'Hémiplégie hystérique* », un an avant qu'il donnât sa *Définition de l'Hys-*

---

(1) Pour toutes les questions concernant les différences qui séparent l'accident pithiatique et les troubles nerveux striés, nous renvoyons à la thèse d'IMBERT et à celle de MIR SÉPASSY : « Accidents hystériques et troubles nerveux diencéphaliques » (*Thèse de Lyon* sous presse, paraîtra en 1935-1936).

térie, Babinski s'attelait à la recherche des signes objectifs du *Torticolis dit mental* que, dès 1913, en dépit de quelques signes pyramidaux discrets, il tenait pour opto-strié. Détail particulier — montrant bien qu'en dépit de ses difficultés il ne se détournait pas de cette pathologie nouvelle quelque peu déroutante — il avait attaché au Laboratoire de photographie de son Service hospitalier un de ses torticolis striés auquel il avait fait couper le spinal. Il voulait sans doute le garder sous les yeux pour le revoir à loisir aussi souvent qu'il le jugerait nécessaire.

Babinski ne s'est-il pas encore, avec Jarkowski et Plichet, attaché en 1921 à bien confronter mutisme parkinsonien et mutisme hystérique. « On n'a *jamais* remarqué (*dans l'hystérie*) *ce contraste entre l'aisance* avec laquelle le sujet répond à certaines questions et *l'impossibilité* dans laquelle il se trouve à répondre à d'autres. » Ce faisant, ne soulignait-il pas une des caractéristiques les plus frappantes de ces syndromes striés dont les réactions, sans cesse, nous semblent paradoxales, en raison de leurs variations surprenantes, mais qui, sans doute, ne nous surprennent que parce que nous n'avons pas su, jusqu'ici bien les comprendre ? Tout ce qu'on ne comprend pas ne fait-il pas figure de paradoxe ?

Babinski n'ignorait pas ces difficultés. Il ne les sous-estimait même pas.

Ce passage de l'article « *Démembrement de l'Hystérie traditionnelle. Pithiatisme* » — article paru dans la *Semaine Médicale,* le 6 janvier 1909 — n'est-il pas, à cet égard, significatif ?

« L'aspect symptomatique des phénomènes que la suggestion fait naître est-il spécifique ou bien, peut-il appartenir aussi à des troubles liés, soit à une affection organique, soit à une maladie fonctionnelle ayant un mécanisme différent de la suggestion ? Il est encore impossible de résoudre cette question d'une façon définitive. Je suis arrivé, par exemple, à faire reproduire par imitation les mouvements de la chorée de Sydenham de telle manière que je n'aurais pas été en mesure de distinguer la copie de l'original ; mais cette impuissance tient peut-être à ce que nos investigations cliniques n'ont pas été encore assez pénétrantes. Il est permis d'espérer qu'on arrivera un jour à discerner *infailliblement* par leur facies symptomatique seul, les manifestations de la suggestion d'avec les troubles qui dépendent des autres affections. » (Babinski, *Œuvres scientifiques*, p. 494).

Mais en dépit de tout, Babinski demeurait persuadé, de par ce qu'il savait et de par ce qu'il pressentait, qu'*un abîme séparait l'hystérique de tout organique,* sans en excepter le strié. Il avait mieux fait. Il avait montré la voie dans laquelle les chercheurs devaient s'engager : la confrontation libre et attentive, dégagée de toute idée préconçue, du comportement du strié et du comportement du pithiatique ayant fait ses preuves, c'est-à-dire ayant été, par la suite, complètement, rapidement et définitivement guéri.

C'est la voie dans laquelle nous nous sommes engagés depuis 10 ans et dont nous n'aurions garde de nous écarter (1). Mais il faut, d'abord, bien se pénétrer de l'idée qu'au niveau du diencéphale se trouvent des centres déjà nettement différenciés et fort différents des autres centres. Ce n'est pas à des perturbations de simples réflexes qu'il faut demander la preuve de leur atteinte, mais bien aux déviations et aux perturbations d'automatismes déjà très différenciés. Il faut donc nécessairement adopter ici d'autres méthodes d'examen neurologique. *Il faut étudier,* et de très près, *tous ces états striés, en action,* et non pas indifféremment dans telle ou telle action, mais dans celles d'abord qui seront susceptibles de nous révéler les carences physiologiques en cause. Les réflexes — car ce sont bien encore

---

(1) Voir à ce propos toutes les recherches faites par l'un de nous et consacrées au *Parkinsonisme,* en particulier : J. Froment et H. Gardère : La rigidité parkinsonienne et la roue dentée s'effacent au repos. Leur caractère dystasique. *Soc. de Neurol. de Paris,* 7 janv. 1926. — J. Froment et L. Paufique : La rigidité parkinsonienne n'est-elle pas le témoin de l'involution des réflexes statiques ? *Soc. de Neurol. de Paris,* 1er déc. 1927 et *Rev. Neurol.,* 1927, t. II, p. 664-670.

Voir aussi les recherches qu'il a consacrées à la *Dysbasia lordotica* : J. Froment : Dysbasia lordotica, dite spasme de torsion, et prothèse. Principes, procédés et résultats. *Soc. de Neurol. de Paris,* 3 juin 1926 et *Rev. Neurol.,* 1926, t. I, p. 1181-1184. Du réglage tonique de la statique et de son dérèglement dit spasme de torsion. *Soc. de Neurol.,* 3-6 juin 1929 et *Rev. Neurol.,* 129, t. I, p. 929. Voir aussi : Réponse à Thévenard, *Rev. Neurol.,* 1929- t. I, p. 971.

Voir encore les articles consacrés à la *station debout.* J. Froment : L'Homme debout. Régulation de la statique. Ses troubles. *Presse Médicale,* 30 juin 1928, p. 817-820. — J. Froment et P. Dubouloz : Attitudes debout, tonus de posture et réflexes statiques. Du mécanisme qui, automatiquement chez l'homme, stabilise les attitudes et règle l'adaptation aux divers modes statiques. *Journ. de Méd. de Lyon,* 5 mai 1929, p. 301 à 324. — J. Froment et B. Spindler : Station debout, réflexes statiques et réactions d'équilibre. De l'animal à l'homme. *Journ. de Méd. de Lyon,* 20 juin 1933, p. 363-375.

Voir enfin et surtout, pour *Tonus* et *Hypertonies :* J. Froment, Contractures et Hypertonies. Ce qui caractérise et différencie leurs principaux types cliniques. *Journ. de Méd. de Lyon,* 20 juin 1931, p. 363-376. Le tonus musculaire de l'homme. Qu'est-il en fait et comment peut-on concevoir son mode de régulation. *Journ. de Méd. de Lyon,* 20 juin 1932, p. 377-391.

des réflexes qui sont en cause — s'apparentent ici, à n'en pas douter, aux réflexes conditionnels de Pavlov. Les troubles qui caractérisent les syndromes striés doivent donc être nécessairement du type conditionnel. C'est ce qui leur fait figure de fantaisie et de paradoxe.

A regarder une *Dysbasia lordotica* qui, dans la marche du type ordinaire, se renverse violemment et rythmiquement en arrière, alors qu'elle ne le fait pas en courant, en sautant, en traînant, en poussant, en portant, on a parlé de paradoxe. Mais, pour qui a réfléchi au problème de la statique humaine et qui — ainsi que nous nous sommes appliqué à le faire — en a bien scruté le mécanisme, rien n'est moins paradoxal. C'est que les conditions de la station du tronc dans la course, le saut, l'acte de tirer, de traîner, de porter, sont en tous points différentes de celles de la marche. Il ne faut ici parler que de trouble électif et de trouble que définit son élection, ce qui est singulièrement différent. A trop jouer du paradoxe, le neurologiste se met des œillères. C'est en tous cas en cherchant à comprendre les dits paradoxes que nous avons, quant à nous, commencé à comprendre la *Dysbasia lordotica.*

Fort des constatations ainsi faites, nous nous sommes retourné vers *les prétendus paradoxes du parkinsonien* et nous avons vu qu'ils se ramenaient, en dernière analyse, à des perturbations statiquement logiques de la réflectivité statique. Ainsi s'expliquaient : ce tremblement dit de repos qu'une attitude de vrai repos apaisait — les variations de la rigidité parkinsonienne, augmentant les yeux fermés et dans les attitudes compliquant la statique et s'atténuant au contraire par la course — ainsi que tous ces déplacements singuliers de la rigidité parkinsonienne se modelant, pourrait-on dire, sur tous les desiderata statiques et se modifiant encore avec tous les changements d'orientation de la pensée, qui ne sont que *gesta animi per corpus.*

Mais ces variations subtiles et surprenantes pour qui ne les saisit pas bien, ne deviennent-ils pas, pour qui y a bien réfléchi et convenablement les guette tout autant de traits physionimiques qui rendent un parkinsonien tout aussi inimitable qu'un excellent portrait de Rembrandt.

Oui, mais la rigidité du type parkinsonien ne se retrouve pas, tant s'en faut, chez tout strié. Elle fait le plus souvent, sinon constamment, défaut dans la maladie de Wilson, dans le syndrome de Cécile Vogt, dans la pseudo-sclérose. Et pour-

tant, le comportement de tels malades laisse à penser, à qui attentivement et longuement les regarde, qu'ils doivent répondre, eux aussi, à une formule sémiologique pathognomonique dont la recette reste à trouver.

A bien étudier les gestes et les spasmes de tous ces autres Striés, on s'aperçoit sans trop de peine qu'ils sont avant tout provoqués par répercussion émotive violente, explosive, disproportionnée. Ainsi s'expliquent — ces mimiques caricaturales qui rendent grotesques ces pauvres malades — tous ces gestes oppositionnistes qui bloquent et ligotent leurs membres au moment de l'action, les obligeant à guetter, pour agir, un moment d'accalmie — tous ces spasmes avec leur inconstance, leur veto impératif suivi de capricieuse libération.

Ce comportement, sur lequel porte notre précédente communication avec film et projections à l'appui, n'est-il pas pathognomonique et à bien peu près inimitable ? Qui se chargerait de jouer le wilsonien devant un observateur tel que Kinnier Wilson ou Wimmer sans éveiller dans leur esprit aucun doute pendant toute la durée d'un séjour hospitalier ? En ce qui nous concerne, nous nous disqualifierions.

Tout ceci nous conduit aux remarques suivantes. Pour achever de bien définir le Strié, il faut attentivement l'observer d'abord, pour orienter ses recherches. Ici, la fonction statique paraît surtout en cause, là la réflectivité émotive, et ailleurs d'autres fonctions sans doute. La chorée ne paraît pas liée à une perturbation de la répercussivité motrice émotive, ni de la réflectivité statique. Elle semble mettre encore en cause une toute autre fonction que l'on pourrait dénommer fonction d'immobilisation. Mais il va sans dire que chacun des syndromes striés ne relève pas d'une seule et unique fonction ; il en trouble plusieurs conjointement, mais en atteint une avec prédilection, et c'est cette prédilection qui le définit. Par exemple, la répercussivité motrice émotive est certainement troublée chez le parkinsonien et chez le choréique mais, ni chez l'un, ni chez l'autre, il ne peut être question de penser comme chez le wilsonien, à une véritable involution de la réflectivité émotive. C'est, par contre, vers une désorganisation de la réflectivité statique et, pourrait-on dire, vers une véritable involution de la dite réflectivité que paraît tendre le parkinsonisme.

Mais à y regarder de près, aucun de ces syndromes striés ne fait figure d'hystérie, ainsi que nous l'avons montré dans une autre communication faite à ce Congrès. Nous n'y reviendrons pas.

Qu'il nous suffise, en terminant, de souligner ce qui paraît être la caractéristique de tout syndrome strié. Ce n'est pas sur des réflexes élémentaires que porte ici le trouble, mais bien sur *le jeu d'automatismes très différenciés* sur *le fonctionnement de réflectivités électives du type conditionnel.* Mais n'est-ce pas précisément là que gît la différence essentielle qui oppose l'hystérique au strié et creuse entre eux un *abîme.* Mené par sa raison, l'hystérique constitue, plus ou moins consciemment ou inconsciemment, un trouble où il met tout l'entêtement, tout l'esprit de système de la raison humaine, toute sa déconcertante logique. Le paradoxe, ici, ne peut être qu'effet de surprise. Pour qu'il apparaisse, il faut que cette même raison soit prise en défaut.

Le strié est tout autre. Ses troubles demeurent en tout et toujours conditionnels. Ce qui est la loi du strié c'est l'*incessante variation, la constante inconstance.* Mais, ces variations dites « paradoxes » restent et demeurent dans la logique des réflectivités que les dits troubles mettent en cause.

Les états d'onirisme et en particulier d'onirisme actif qui paraissent sous la dépendance de lésions diencéphaliques sont-ils vraiment aussi indistinguables qu'on l'a pensé de leur contre-façon hystérique ? N'ont-ils pas, eux aussi, des *signes objectifs* qu'il faut demander à l'examen attentif et minutieux de leur comportement ? C'est ce qui reste à démontrer. A vrai dire, tout porte à le penser.

En ouvrant la fenêtre devant l'hystérique qui menace de s'y jeter et en la barricadant soigneusement devant l'onirique qui a même propension, le psychiâtre ne montre-t-il pas, qu'à son avis, le comportement de ces deux sujets — qu'à tort on rapproche — fondamentalement diffère ?

En neurologie, tout autant qu'en mathématiques, *presque semblable* ne veut-il pas dire en dernière analyse et tout simplement *différent ?* C'est, qu'en effet, les recherches à venir vont fatalement creuser d'infranchissables fossés entre des états qu'actuellement encore, à peine, nous distinguons.

Mais, encore une fois, que l'on n'oublie pas que c'est seulement en les étudiant *en pleine action* et *dans l'action requise,* que l'on arrivera à trouver et à bien définir les signes objectifs des striés qui, en fin de compte, se révéleront, nous en avons la certitude, *des signes que la volonté ne peut pas reproduire.*

Maladie de Parkinson, parkinsonisme et les notions « tremblement de repos » ou « tremblement d'action »

par MM. R. Nyssen, R. Dellaert et R. Busschaert

Nous avons décrit cette année, dans la *Presse Médicale,* les observations et les enregistrements du tremblement chez sept cas de maladie de Parkinson, dix cas de parkinsonisme encéphalitique et un cas de parkinsonisme artério-scléreux.

Par cette étude, nous sommes arrivés, entre autres, à la conclusion que les parkinsoniens essentiels confirment la conception classique du tremblement de repos, en ce sens que *le mouvement actif diminue ou abolit le tremblement du membre en mouvement.* Par contre, pour les encéphalitiques, vu la différence des effets obtenus d'un sujet à l'autre, ni la conception classique du tremblement de repos, ni la conception toute opposée de MM. Kleist, Froment et de Jong, ne se vérifient d'une façon rigoureuse. Enfin, les modifications du tremblement chez le parkinsonien artério-scléreux nous ont permis de le classer parmi les malades de la première catégorie.

Depuis lors, il nous a été donné d'étendre nos recherches à un nombre de malades bien plus important (51 sujets). En outre, nous avons étudié aussi l'influence des mouvements passifs.

Chez les dix-neuf parkinsoniens séniles, que nous avons examinés à plusieurs reprises, nous constatons que les mouvements actifs diminuent ou abolissent invariablement le tremblement du membre en mouvement. Cet effet est immédiat, et persiste pendant toute la durée de mouvements prolongés et continus (cercles dans l'espace) ou d'une longue série de mouvements alternatifs (flexions et extensions de l'avant-bras sur le bras). Si dans certains cas le tremblement réapparaît après plusieurs secondes, il est d'abord discret et n'augmente que

lentement, sans n'acquérir toutefois l'amplitude antérieure que plus ou moins longtemps après la cessation des mouvements actifs. Chez ces mêmes malades, *les mouvements passifs* exécutés avec relâchement maximum du membre, produisent les mêmes effets que nous venons de décrire. Mais il est important de remarquer qu'ici l'influence du mouvement sur le tremblement est encore bien plus accentuée en ce sens que dans presque tous les cas l'abolition du tremblement reste complète jusqu'à la fin du mouvement.

Chez les trente et un sujets encéphalitiques, par contre, les effets sont moins constants. Les mouvements actifs ont diminué ou aboli le tremblement chez seize malades ; chez douze sujets l'amplitude du tremblement a été augmentée par ces mouvements ; dans un cas, on ne constata aucun changement ; chez les deux derniers sujets, le tremblement s'est accentué à l'un des membres, tandis que l'effet était précisément inverse à l'un des autres membres. Quant aux mouvements passifs, leur action se rapproche bien plus de celle obtenue chez les parkinsoniens séniles. En effet, la diminution du tremblement a été obtenue dans une proportion bien plus élevée (20 sur 23 cas étudiés) : ceci implique : 1° que les sujets qui ont présenté une diminution ou une cessation sous l'influence des mouvements actifs ont présenté un effet identique pendant les mouvements passifs ; 2° que plusieurs parmi ceux qui offraient une augmentation d'amplitude par les mouvements actifs ont accusé ici une réduction d'amplitude du tremblement.

Le tremblement caractérisé du parkinsonien artério-scléreux a été diminué par les mouvements actifs et passifs, l'influence de ces derniers étant particulièrement évidente.

Ces faits nous apprennent que l'influence des mouvements tant actifs que passifs, n'est pas absolument identique chez les parkinsoniens essentiels d'une part, et chez les encéphalitiques d'autre part. Dans tous les cas de maladie de Parkinson que nous avons étudiés, il s'est agi donc d'un tremblement de repos, dans le sens y attribué par les auteurs classiques. Ceux-ci en effet entendent par « repos » l'absence de mouvement. Chez les parkinsoniens encéphalitiques, au contraire, le mouvement diminue ou abolit le tremblement chez les uns, l'exalte chez les autres.

Ces derniers résultats paraissent discordants à première vue et compatibles en même temps avec les deux conceptions

opposées, celle du « tremblement de repos » et celle du « tremblement d'action ou d'excitation ».

Nous estimons cependant que cette contradiction n'a qu'un caractère apparent. En effet, les encéphalitiques sont, le plus souvent, bien plus raides que les parkinsoniens essentiels. Leurs mouvements sont en général plus réduits, plus difficiles et plus fatigants, au point que certains sujets, après quelques secondes, doivent être incités à persister dans leur effort. Il nous a semblé que c'est précisément cette excitation d'effort et cette fatigue, auxquelles doit s'associer une certaine émotion, qui constituent les causes d'augmentation du tremblement.

Cette interprétation se trouve confirmée par plusieurs faits :

1° Nous voyons chez quelques séniles que l'abolition du tremblement est suivie d'une réapparition partielle du tremblement après plusieurs secondes seulement, et cela quand les facteurs précités entrent en action.

2° Les mouvements passifs, c'est-à-dire ceux où l'intervention de l'effort, de la fatigue et de l'émotion concomitante est pratiquement exclue, réduisent ou abolissent le tremblement d'une façon bien plus marquée que ne le font les mouvements actifs et volontaires.

3° Ce dernier fait est précisément bien plus accusé chez les encéphalitiques ; plusieurs d'entre eux ont même réagi par une augmentation aux mouvements volontaires, alors qu'ils ont réagi par une diminution aux mouvements passifs.

Ces faits et ces considérations nous font envisager dans l'action du mouvement sur le tremblement parkinsonien l'interférence de deux ordres de facteurs physiologiques : 1° des facteurs locaux, c'est-à-dire, ceux constitués par la rigidité, et qui réduisent ou abolissent le tremblement ; 2° des facteurs centraux, c'est-à-dire ceux constitués par l'attention, l'effort statique (M. Froment) et dynamique, l'émotion, et, dans un sens plus général, une élaboration plus intense d'excitations nerveuses (M. de Jong). Ce sont là les facteurs qui augmentent ou produisent le tremblement. Les facteurs centraux, facteurs d'excitation se retrouvent dans tout tremblement, quel que soit son étiologie.

Dans les états parkinsoniens ces facteurs centraux sont, le plus souvent, dominés par les facteurs locaux. La rigidité parkinsonienne, en effet, dans tout mouvement, qu'il soit actif ou

passif, implique une série de réflexes hypertoniques déréglant l'équilibre entre les agonistes et les antagonistes, indispensable aux contractions alternatives du tremblement.

En un mot donc, la rigidité extrapyramidale, *avec ses réflexes hypertoniques locaux,* conditionne précisément le tremblement parkinsonien avec ses caractères propres qui le différencient de tout autre tremblement.

(Laboratoire de Psychopathologie de l'Université de Gand).

M. de Jong (d'Amsterdam). — Malgré l'opposition contradictoire existant entre mon opinion et celle de M. Froment, qui, indépendamment de la mienne, s'est opposé comme moi à la conception classique du tremblement de repos, je crois que les recherches de MM. Nyssen, Dellaert et Busschaert peuvent très bien concorder avec nos conceptions communes. En effet, dans les cas de M. Nyssen, il apparaît que M. Froment et moi avons étudié des facteurs différents. Nous nous sommes occupés de facteurs centraux et je me suis même servi d'une théorie de décharges rythmiques dans des cellules nerveuses pour l'explication du tremblement. D'autre part, M. Nyssen et ses collaborateurs ont montré qu'il existe également des facteurs d'ordre périphérique, c'est-à-dire dans l'équilibre du tonus de muscles antagonistes.

Je crois que la superposition de ces deux groupes de constatations concernant le facteur central et le facteur périphérique pourra donner la synthèse finale et faire comprendre la pathogénie de ce phénomène si intéressant.

Il faut donc féliciter MM. Nyssen, Dellaert et Busschaert pour le résultat de leurs belles expériences.

Une association anatomo-clinique exceptionnelle Encéphalite épidémique et sclérose en plaques

par MM. A. Dewulf et Ludo Van Bogaert

La coexistence d'une encéphalite léthargique typique et de sclérose en plaques non douteuse soulève le problème très difficile des relations entre les lésions démyélinisantes du type sclérotique et un processus de substance grise aussi caractéristique que la maladie d'Economo.

Dans le cas que les auteurs apportent, le diagnostic de séquelle encéphalitique ne fait plus de doute, une période somnolente, méningée, de 1920, la séquelle oculaire, excito-motrice et psychoaffective de 1921, le développement du syndrome complet de perversion post-encéphalitique pendant les années 1922-1925, l'apparition du tremblement, des tics, en 1925, de la propulsion de la salivation, du beuglement, en 1929, ne laissent plus aucun doute sur l'étiologie du syndrome neuro-psychique qu'on voit se développer. Depuis 1929, il devient de plus en plus rigide et sa rigidité prend un aspect clinique que nous ne sommes pas habitués à voir dans les syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques. Elle s'accompagne de gros signes pyramidaux progressifs de symptômes d'automatisme spinal indubitables, de signes pseudobulbaires évidents. C'est dans cette période que l'image clinique dévie de la ligne classique et que notre attention est attirée sur la possibilité d'un processus de substance blanche.

L'examen histologique apporte une double série de données: 1° l'existence d'un processus de sclérose multiloculaire non douteux ; 2° la présence d'une atrophie extrême de la substance noire bilatérale avec destruction des cellules à pigments mélaniques, avec une gliose secondaire entièrement superposable à ce que l'on voit dans l'encéphalite épidémique chronique classique.

L'aspect des lésions ne permet pas d'admettre seulement la présence d'une sclérose multiloculaire sous thalamique, car la sclérose en plaques ne rend pas compte des lésions si caractéristiques de la substance noire.

S'il y a bien réellement superposition de deux affections différentes, ont-elles des rapports entre elles ? Les plaques de sclérose dans l'encéphalite sont-elles l'équivalent dès microplaques de la paralysie générale ?

Ces dernières lésions sont, à la vérité, moins rares qu'on ne le croit : on y trouve, en outre, les spirochètes. La rareté tout à fait exceptionnelle d'un cas comme le nôtre, sur le nombre considérable d'autopsies connues d'encéphalitiques, incline à faire admettre qu'il s'agit ici d'une association exceptionnelle et fortuite : rien ne nous autorise encore à admettre que l'agent d'encéphalite puisse, comme le spirochète, réaliser des foyers isolés de dégénérescence myélinique comparables à ceux de la sclérose en plaques.

Prof. J. Froment (de Lyon). — L'observation de Ludo Van Bogaert est d'un grand intérêt en établissant sur bases solides la coïncidence dans son cas des deux infections neurotropes, sclérose en plaques et encéphalite, il montre qu'en fait elles sont bien deux ainsi que, pour notre part, nous l'avions toujours pensé. Leur comportement n'est-il pas fort différent ? L'une tenace mais cédant au traitement anti-infectieux prolongé et précoce, plus ou moins, rappelle à cet égard la syphilis; l'autre récidivant envers et contre tout qui, au contraire, rappelle le comportement de la tuberculose avec ses modifications incessantes et souvent imprévisibles de l'état allergique.

L'excessive rareté de la coïncidence du parkinsonien et du syndrome sclérose en plaques ne plaide-t-elle pas déjà contre l'hypothèse d'une étiologie encéphalitique de cette dernière ?

M. Tournay (de Paris). — J'ai été très intéressé par la présensation de M. Van Bogaert. Elle me libère de l'inquiétude où m'avait laissé, il y a quelques années, le cas d'un malade chez lequel il m'avait paru impossible, en présence d'indices positifs à la fois d'encéphalite épidémique et de sclérose en plaques, de choisir entre ces deux diagnostics et pour lequel j'avais effectivement envisagé la possibilité d'une coexistence des deux affections.

M. Crouzon (de Paris), est tout-à-fait d'accord avec M. Van Bogaert dont la communication l'a vivement intéressé. Il s'agit très certainement de deux processus différents. Il a lui-même rapporté, avec Christophe, un cas qui corrobore ce dernier.

Chorée fibrillaire de Morvan et acrodynie chez un adolescent

par MM. H. Roger, J. Alliez et A. Jouve (de Marseille)

Deux d'entre nous ont depuis quelques années consacré plusieurs notes à la chorée fibrillaire de Morvan dont ils ont observé depuis deux ou trois cas. Dans un mémoire récent (1), nous avons réuni 11 cas caractéristiques auxquels il faut adjoindre un fait tout récent de Langeron (Société médicale de Lille, 4 juin 1935).

Dès notre communication princeps à la Société de Neurologie (février 1934), nous avons insisté sur la parenté qui existe entre la chorée fibrillaire de Morvan et l'acrodynie infantile : présence, dans les deux cas, d'acroérythème avec desquamation, de troubles du caractère avec anxiété et insomnie, de tachycardie. Nous avons même rappelé que des mouvements anormaux de type myoclonique, sinon de contractions fibrillaires, avaient été observés par Nobécourt et Pichon, Péhu, Rocaz, Devic et Daujat au cours d'acrodynies des plus typiques.

Le cas que nous rapportons aujourd'hui souligne encore plus les relations étroites qui existent entre ces deux maladies.

Reu... Marcel, 14 ans, demeurant à Aiguilles (Basses-Alpes). Cet enfant, qui ne présente dans ses antécédents personnels aucun incident digne d'être noté et en particulier aucun antécédent convulsif, dont l'hérédité est normale, a été atteint, en février 1935, d'une petite grippe saisonnière d'allule banale. En mars, il commence à se plaindre de douleurs dans les membres inférieurs, prédominant aux cuisses (face antérieure et face postérieure). Le malade n'avait pas de paralysie, mais était gêné pour marcher. Au bout d'un dizaine de jours, les douleurs rétrocèdent en partie

---

(1) Roger (H.) et Alliez (J.). — La chorée fibrillaire de Morvan. *Marseille Médical,* 15 mars et 25 mars 1935, pp. 333-403.

aux membres inférieurs pour se localiser et prédominer à la racine des membres supérieurs, douleurs particulièrement intenses les quinze premiers jours, à crier, durant jour et nuit, empêchant le sommeil. Les membres supérieurs présentent une certaine gêne dans leurs mouvements.

Aux mains, l'enfant éprouve des fourmillements, des picotements, des piqûres d'aiguille. Leur coloration se modifie. Elles deviennent rouges, elles se mettent à peler. Le malade se frotte fréquemment les mains et parfois également les pieds, qui sont le siège des mêmes fourmillements, mais ne présentent pas de changement de coloration. Ce prurit n'est pas simplement localisé aux extrémités. Il se retrouve, quoique plus atténué, sur tout le corps.

Dès le début apparaissent des sueurs abondantes qui obligent le malade à changer plusieurs fois de chemise par jour. Le petit malade a changé de caractère, est devenu plus irritable. Quelques jours, après le début de sa maladie, ont apparu des « palpitations » de ses muscles, d'abord localisées aux membres inférieurs, puis s'étendant au reste du corps, et qui persistent depuis.

A signaler, quelques vertiges sans chute, survenant surtout le matin au réveil, de la constipation, un amaigrissement de deux à trois kilos. La température est restée normale en dehors d'une ou deux ascensions quotidiennes aux environs de 38°.

Le petit malade a présenté, cette dernière quinzaine, deux séries de crises convulsives nocturnes, à huit jours d'intervalle, chaque série comportant quatre crises consécutives dans la même nuit. D'après les renseignements fournis très obligeamment par le Dr Stolzemberg, de Seyne, qui a pu assister à ces crises, l'enfant, étendu sur son lit, se plaint tout à coup d'un malaise indéfinissaple, renverse la tête en arrière, devient pâle, puis cyanosé, pendant que le pouls devient filant et que les yeux se révulsent. Il est alors en proie à des mouvements convulsifs siégeant principalement aux membres inférieurs et consistant en mouvements de flexion des avant-bras sur le bras, quelquefois en mouvements de nage. Les membres inférieurs sont moins agités, restent allongés. Les convulsions durent environ trois minutes. Une fois, le corps s'est mis en arc-de-cercle, reposant sur la nuque et les talons. Deux de ces crises se sont accompagnées de stertor. Les mouvements convulsifs sont suivis d'un sommeil profond pendant une quinzaine de minutes. Il n'y a jamais eu d'incontinence d'urines ni de morsure de la langue.

Lorsque le malade entre à l'hôpital, le 16 avril 1935, on est surtout frappé par la coloration des mains, marbrures violacées occupant surtout le dos de la main, rougeur plus uniforme des doigts, fine desquamation, surtout accentuée à la face palmaire. La même desquamation et la même coloration existent au niveau

des pieds, quoique moins accentuées. Il s'y ajoute de petites ulcérations des orteils, dues à des lésions de grattage infectées. Les avant-bras sont occupés par une éruption à reflets cuivrés, au pli du coude, quelques stries ecchymotiques. Des lésions de grattage sont disséminées sur tout le corps.

Il n'existe pas de contractions fibrillaires spontanées, comme celles antérieurement observées par le malade. Seule, la percussion répétée de la région de quadriceps les réveille. Il existe cependant quelques petits déplacements anormaux de certains doigts de la main droite. L'examen du système nerveux montre une démarche dénotant une légère parésie de la racine des membres, mais sans diminution nette de la force segmentaire avec réflexes normaux. Réflexes cutanés et tendineux normaux. Sensibilité superficielle et profonde normale. Hypotonie dans l'épreuve du ballottement aux membres supérieurs comme aux membres inférieurs, sans dysmétrie ni adiadococinésie.

A la face, on remarque un nystagmus spontané à secousses vives battant vers la gauche et une légère déviation des yeux vers la gauche. D'après les dires de la famille, ce syndrome serait congénital. Il n'y a pas de diplopie. Les pupilles sont égales, régulières et contractiles. Il existe un léger degré de splénomégalie qui a été plus accentué au début de la maladie, d'après le médecin traitant.

Le pouls est rapide, oscillant entre 120 et 140, la tension artérielle est très élevée pour un enfant : 18-13. La recherche du réflexe oculo-cardiaque ne provoque pas de ralentissement du pouls.

L'examen du sang montre une azotémie normale : 0 gr. 31, mais une glycémie à 2 gr. 50. Il existe d'ailleurs une glycosurie discrète (3 gr. 35 par litre).

Les urines, par ailleurs, ne contiennent pas d'albumine, mais une légère urobilinurie.

Nous constatons une légère anémie : 3.880.000 avec leucocytose à 5.600 et 86 % de polynucléose.

Le liquide céphalo-rachidien est normal, tension : 12-7 au Claude, deux lymphos par mmc., 0 gr. 30 d'albumine. Le B.-W. est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Les séros T.A.B. et de Wright sont négatifs.

Le malade n'a fait qu'un court séjour dans le service qu'il quitte amélioré et ayant repris son sommeil, les sueurs ayant disparu, mais nous avons pu avoir des renseignements par son médecin. Vers le milieu de mai, l'anxiété a beaucoup diminué. L'enfant est plus gai, les dysesthésies et la rougeur des mains se sont atténuées. A la mi-juin, le médecin note une rougeur très atténuée des extrémités, un meilleur état général, avec reprise du poids de 3 kilos, la disparition de la tachycardie (pouls 80).

L'enfant présente, lorsqu'il est surpris par un bruit inattendu, par l'entrée inopinée de quelqu'un dans la pièce, une véritable décharge de petites contractions faciales, prédominant au niveau des orbiculaires (contractions de la bouche, clignements d'yeux, accentuation du nystagmus). A signaler une nouvelle série de trois crises convulsives d'une durée d'une minute environ, survenues un jour et attribuées par la famille à une peur, crises tout à fait analogues à celles précédemment observées.

Depuis le début, le malade a reçu des injections de salicylate de soude et de septicémine.

En résumé, un enfant de 14 ans présente un syndrome qui, lorsque nous l'avons observé, rappelle surtout l'acrodynie infantile : rougeur et paresthésies des extrémités, anxiété, insomnie, tachycardie, mais l'anamnèse permet d'établir l'existence, d'une part, de contractions fibrillaires généralisées, d'autre part, de sueurs abondantes qui, jointes au prurit, à l'hypertension artérielle très anormale pour un jeune (18-13), à l'hyperglycémie (2 gr. 50) avec glycosurie à 3 gr. 25, s'apparente davantage à la chorée fibrillaire de Morvan. Ce cas est donc un cas intermédiaire entre les deux affections, puisque nous trouvons associés les deux ordres de symptômes.

Plus nous creusons l'étude comparée de ces deux maladies, plus nous avons tendance à penser qu'il s'agit, non de la même affection à manifestations variables suivant l'âge (prédominance de l'acroérythème et des algies des extrémités chez les jeunes, importance des contractions fibrillaires et de sueurs chez l'adulte), tout au moins d'affections très similaires. Nous sommes de plus en plus tentés de leur supposer un virus neurotrope commun. Nous croyons également que les deux affections sont provoquées par des troubles irritatifs ou des lésions des mêmes régions des centres nerveux.

A l'heure actuelle, la plupart des auteurs rapportent l'acrodynie infantile à des altérations des centres neuro-végétatifs de la base encéphalique. Nous ne voulons pas reprendre ici les arguments que nous avons exposés ailleurs concernant le siège diencéphalique vraisemblable des altérations de la chorée fibrillaire de Morvan : troubles vaso-moteurs et sudoraux généralisés, troubles du sommeil à type d'insomnie rebelle, troubles psychiques à fond d'asthénie et d'anxiété, douleurs de type sympathalgique particulier. On peut ajouter comme autre argument dans quelques cas les troubles du métabolisme des glucides et l'hypertension artérielle dont l'origine centrale peut être admise.

Deux points particuliers sont encore à souligner dans cette observation : l'*âge,* 14 ans, alors que la plupart de ces cas concernent des adultes, les *crises convulsives* assez particulières survenant par série de quatre ou six, à trois reprises différentes, et caractérisées par des mouvements convulsifs avec perte de conscience et stertor. Ces crises, qui s'apparentent plutôt à la comitialité, ont cependant, dans un cas, présenté le type de l'arc de cercle et sont survenues, au moins une fois, à l'occasion d'une émotion réelle, ce qui montre bien la difficulté que l'on a parfois à différencier les crises convulsives vraies des crises pithiatiques.

Ces phénomènes convulsifs, inhabituels dans la chorée fibrillaire de Morvan, peuvent s'expliquer par l'âge du malade et l'aptitude plus grande des enfants à faire des convulsions. Ils posent également le problème de l'origine diencéphalique possible (et non corticale) de ces crises.

Le Professeur Dechaume (de Lyon) est vivement intéressé par la communication du Professeur Roger et de ses collaborateurs. Il signale qu'il a eu l'occasion d'étudier histologiquement le système nerveux de deux petits malades morts d'acrodynie. Il existe des lésions diffuses mais discrètes du système nerveux sympathique à côté des lésions de la région diencéphalique : suivant l'expression de MM. Péhu et Dechaume, c'est une pansympathéite.

Le type tardif de la leucodystrophie familiale

(*Note préliminaire*)

par MM. Ludo Van Bogaert et René Nyssen

L'un de nous a déjà consacré antérieurement plusieurs travaux à l'étude des types infantiles et juvéniles de la leucodystrophie familiale. Ces maladies sont aujourd'hui bien connues tant dans leur symptomatologie clinique que par leur caractère histopathologique, même si la pathogénie de cette bizarre affection échappe à toute emprise.

Nous apportons, aujourd'hui, une observation familiale d'un type tardif de la même affection et qui constitue la seconde observation connue, la première en date étant celle d'Armando Ferraro, qui observa trois frères chez lesquels l'affection débutait entre 20 et 28 ans.

Chez le premier de nos malades, l'affection débute à l'âge de 43 ans par des troubles du caractère (jalousie, irritabilité, susceptibilité, colère) et des vols pathologiques. A la même époque, s'installent insidieusement des troubles de la marche, puis une paraplégie spasmodique, lentement progressive. Peu à peu, il donne des signes de dérangement mental ; idées délirantes de préjudice non systématisées, sur un fond de déchéance, affective et intellectuelle, globale. En l'espace de trois ans, se développent chez lui une quadriplégie spasmodique, une rigidité intense, avec dysarthrie puis anarthrie absolue, une amimie progressive dont la perte du rire avait été le signe avant-coureur. Les symptômes au début plus marqués à gauche, se sont pendant la deuxième année, étendus aux deux côtés. Vers la fin de la vie, la paraplégie en extension se modifie, devient une paraplégie en flexion des membres inférieurs. L'état neurologique du sujet ne permettait plus de se rendre compte du degré de sa déchéance mentale. Les examens du sang et du liquide sont demeurés constamment négatifs.

A l'autopsie, on trouve une myocardite fibreuse avec sclérose coronarienne modérée et une atrophie globale de l'encéphale.

Sur les coupes verticotransversales de l'organe frais, on voit aussitôt un aspect brunâtre et mou de la substance blanche sous-épendymaire, aussi bien en avant, autour de la corne frontale du ventricule, que sous le lobule paracentral ; elle est peu nette en arrière autour de la corne occipitale. Au toucher, le centre ovale est plus mou ; il a perdu son reflet brillant. Ces lésions sont bilatérales et symétriques. Quelques criblûres dans les noyaux gris centraux. L'étude histopathologique confirme les données macroscopiques. Nous retrouvons ici une démyélinisation progressive, bilatérale et symétrique du centre ovale, atteignant sa plus grande intensité au niveau des régions frontale et paracentrale, s'atténuant au niveau de la région pariéto-occipitale. Elle manque dans la région temporo-angulaire.

Elle conditionne la dégénérescence des deux voies pyramidales et s'accompagne d'un état précriblé des noyaux gris centraux. Cette démyélinisation a un aspect systématisé et ne résulte pas d'une confluence de foyers malaciques ni multiloculaires. Elle est calquée sur le profil ventriculaire. Elle est plus accentuée à droite qu'à gauche. Elle s'inscrit dans le tronc cérébral et la moelle par une dégénérescence secondaire typique. Au point de vue cellulaire, les formations aussi bien corticales que sous-corticales sont intactes. Sans doute observe-t-on en quelques endroits une atteinte de la substance grise par de petits foyers malaciques mais ceux-ci n'entraînent nulle part une atteinte systématisée ; ils sont quantitativement à l'arrière plan du processus pathologique. Le mode d'extension de l'affection est d'une démyélinisation gagnant de proche en proche les divers systèmes de la couronne rayonnante, en partant des ventricules. Elle vient mourir au seuil des faisceaux arqués qui ourlent la substance grise corticale. Les préparations par les méthodes des graisses et de la neuroglie permettent de préciser le rythme de cette désintégration et l'état d'organisation des centres détruits. Deux processus sont superposés : l'un diffus, évoluant dans tout le centre ovale, centrifuge ; l'autre localisé : démyélinisation banale périvasculaire, discrète, entourant les rares criblûres. Dans la première, les corps granuleux sont assez nombreux à la marge de la zone atteinte, épars dans le parenchyme, chargés d'une substance prenant mal le Soudan ; dans le second, les corps granuleux sont peu nombreux, strictement périvasculaires, chargés de graisses neutres. La neuroglie vectrice n'est décelable qu'à la

périphérie et peu active. Le territoire démyélinisé est organisé par une neuroglie fibrillaire peu dense en un réticulum à larges mailles, dont les zones les plus denses sont paraventriculaires. Les axones sont pour une grande part détruits.

Une seconde malade, la sœur de notre patient, est morte de la même affection. L'affection débuta chez elle à 34 ans, par des troubles du caractère (irritabilité), puis de l'intelligence (troubles de la mémoire) ; en deux ans, elle développa une paraplégie spasmodique et mourut avec de gros troubles du type pseudobulbaire. Notre travail généalogique sur cette souche n'est pas terminé. Nous consacrerons à cette affection un mémoire prochain ayant surtout comme objet de la réparer de l'encéphalite sous-corticale artérioscléreuse (de Binswanger). Nous désirons seulement, en terminant, attirer votre attention sur l'aspect rigide et pyramidal de la leuco-dystrophie de l'adulte par opposition à l'aspect rigide, mais le plus souvent mitigé de mouvements involontaires et extrapyramidal de la leucodystrophie chez l'enfant. Cette modification de l'image clinique, à l'intérieur d'une même affection, pour des lésions assez semblables, d'un âge à l'autre, n'est pas seulement le fait des leucodystrophies.

Le type infantile de la sclérose diffuse

par M. Ludo Van Bogaert

J'ai pensé que, parallèlement au type tardif que M. Nyssen et moi avons eu le plaisir de vous soumettre, il n'était pas inintéressant de vous apporter aujourd'hui l'observation d'une *forme infantile* de la sclérose diffuse qui revêt en clinique un tout autre aspect comme le film que voici va vous le démontrer. Cet enfant a commencé à présenter, à l'âge de 10 mois, des mouvements de révulsion des globes oculaires, une absence de fixation du regard et une flaccidité absolue du corps. Vers l'âge de 14 mois, on constate qu'au moment de le mettre debout, les jambes deviennent rigides et tendent à se croiser en ciseaux. Cette rigidité disparaît dès que l'enfant était couché ; à cette même époque, les membres supérieurs commencent à présenter une attitude de torsion en dedans et la mère remarque un enroulement du tronc en arrière dès qu'on le bouge par surprise. Au cours de la deuxième année révolue, cette tendance à l'enroulement devient de plus en plus fréquente, elle se produit spontanément au lit, à l'occasion d'un bruit violent. A partir de l'âge de 2 ans 1/2, la rigidité des membres devient permanente, et on voit apparaître des crises convulsives de très courte durée.

Au moment où on a pris le film que voici, l'enfant présentait l'ensemble des symptômes suivants : 1° mouvements, tendance à l'enroulement en spirale autour de l'axe longitudinal, pendant cet enroulement, les membres inférieurs sont fréquemment croisés ; 2° des réflexes toniques autour de l'axe bitrochantérien ; 3° au repos, une hypertonie permanente de tous les muscles du tronc, pectoraux, abdominaux, des mouvements lents en hyperextension des membres, une hyperextension marquée du cou avec hypertonie intense des muscles cervicaux et thoraciques ; 4° des mouvements lents des globes oculaires, des hypercinésies rythmiques des paupières qui ont marqué le début de la maladie ; 5° de rares accès convulsifs ; 6° une

cécité avec atrophie papillaire ; 7° une absence totale de développement intellectuel.

Je n'insisterai pas aujourd'hui sur l'aspect histologique du cas qui mérite de longs commentaires et que le temps très limité ne permet pas. Le diagnostic clinique s'est vérifié : il s'agit bien ici d'une leucodystrophie progressive familiale du type infantile.

J'insiste sur un seul point : au début de la maladie et pendant les deux premières années de la vie, l'aspect clinique évolue d'une atonie avec mouvements involontaires des globes oculaires vers une rigidité de décérébration vraie. Un tel tableau me paraît réellement caractéristique des leucodystrophies familiales du type infantile.

L'astasie-abasie trépidante
(Projection de film)

par M. A. Rouquier (de Nancy)

Il s'agit d'un film concernant le malade dont il est question aux pages 38 et 51 du rapport de M. van Bogaert, et dont l'observation détaillée a été publiée en 1930 dans le *Strasbourg Médical.* Ce type clinique correspond à l'ancienne astasie-abasie trépidante de Charcot, Blocq et Richer, considérée comme d'origine hystérique parce que le sujet, capable d'effectuer dans le décubitus dorsal, avec ses membres inférieurs, des mouvements d'une amplitude normale, ne pouvait marcher ni se tenir debout. Les malades de cette espèce sont des organiques, chez lesquels il existe un véritable dérèglement de l'émotivité, tel que le sujet, non observé, mène une vie normale ou à peu près, et se trouve incapable de marcher ou même de se tenir debout lorsqu'il est ému ou simplement examiné. Chez le malade filmé, les troubles, à topographie hémiplégique, mais bilatéraux, prédominaient du côté gauche ; le film met nettement en évidence l'hypertonie d'effort, ou les spasmes d'action, en particulier au niveau du grand pectoral, du trapèze, du deltoïde gauches, voire même du peaucier du cou et du sterno-cléido-mastoïdien gauches, lorsque le sujet effectue des mouvements des membres supérieurs, avec un tremblement spastique inexistant au repos, mais sans signes cérébelleux. Il montre aussi l'astasie-abasie trépidante, conséquence des mêmes troubles, encore prédominant à gauche, aux membres inférieurs, sans exagération des réactions de soutien décrites par Rademaker chez l'animal décérébellé, et retrouvées par Garcin chez les malades d'un type différent. (Elle n'explique pas, d'après cet auteur lui-même, les formes trépidantes de l'astasie-abasie).

Enfin, le film montre l'existence de signes pyramidaux déficitaires purs, d'une importance secondaire, du côté gauche le plus atteint : chute du bras, manœuvre de la jambe positive, réflexe cutané plantaire en flexion d'amplitude diminuée par comparaison avec le côté droit.

COMMUNICATIONS
DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

L'examen des « enfants du Juge » à la Clinique médico-pédagogique de la province de Brabant

par M. le Dr M. Alexander (de Bruxelles)

L'étude des éléments sociaux du problème de l'enfance délinquante semble pouvoir être basée sur des renseignements complets. Pour la partie psychologique de la question, une série de données ne peut, actuellement, être recueillie que de façon irrégulière ou incomplète.

L'activité d'une institution examinant systématiquement les enfants soumis au Juge le prouve.

Lorsque, immédiatement après la guerre, mon regretté ami, le Dr Boulenger, fut chargé, par la Province de Brabant, d'organiser une clinique médico-pédagogique, le but de cette institution était de donner des conseils aux parents et aux maîtres d'école au sujet des enfants dont l'instruction ou l'éducation présentaient des difficultés. La Clinique était également chargée de désigner les établissements d'enseignement spécial où il convenait de placer les enfants qu'il était nécessaire de confier à un internat. Dès les premières consultations, M. le Juge Wets, du Tribunal des Enfants de l'arrondissement de Bruxelles, fit systématiquement présenter aux médecins et aux pédagogues qui assuraient le service, tous les

enfants qui avaient à comparaître devant lui. Il fit même examiner à domicile les enfants qui ne pouvaient pas se rendre à la Clinique.

La mission de la Clinique était, on le voit, limitée. Elle visait plutôt des applications pratiques que des recherches scientifiques générales. L'enquête sur le milieu familial et social, sur les antécédents scolaires ou professionnels était faite par les délégués du Juge. C'était — c'est encore — celui-ci qui concentre tous les renseignements recueillis, et il n'est possible, que dans des cas extrêmements rares, au médecin de faire une enquête personnelle. Eventuellement, il consulte le dossier judiciaire. On comprend qu'il n'est pas désirable, pour de nombreuses raisons, de multiplier, chez les parents des jeunes délinquants, les visites d'enquêteurs divers. Dans le complexe psychologique et social que représente un cas de délinquance, il est indispensable que les recherches soient faits sous une direction unique, et il est logique que, en ce qui nous occupe, cette direction appartienne au Juge.

Ces conditions empêchent le médecin de faire, de chaque mineur, une étude aussi complète que celle que l'on peut faire, par exemple, pour les condamnés adultes, dans les laboratoires d'anthropologie pénitentiaire. Tous les enfants sont examinés, mais, parmi eux, il en est un grand nombre dont l'examen reste sommaire et dont le caractère ne peut être étudié de façon systématique et approfondie. Cette investigation n'est faite que pour les enfants qui sont placés dans un établissement d'observation ou de rééducation, ou encore pour ceux qui, spécialement signalés au Juge, sont astreints à des visites régulières au Dispensaire d'Hygiène mentale.

Pour avoir un tableau tout à fait complet de la délinquance infantile, il faudrait que tous ces enfants, quels qu'ils soient, fussent soumis à une observation psychologique de longue durée. Actuellement, ceux chez lesquels ni l'examen clinique ni les visites du délégué, ni l'interrogatoire du Juge lui-même n'ont décelé une anomalie importante, restent confiés à leur famille, sous la tutelle d'un délégué dont le rôle est généralement très bien rempli, mais qui n'est pas qualifié pour pratiquer des examens systématiques du caractère.

L'examen à la Clinique est effectué le plus simplement possible. Un interrogatoire des parents, qui doivent accompagner l'enfant ou, lorsque celui-ci est déjà placé dans une institution, sont spécialement convoqués, porte sur les antécédents

médicaux héréditaires et personnels du sujet, sur les particularités de son développement intellectuel, ses anomalies de caractère, son travail scolaire, sa formation et son activité professionnelles. L'examen mental se fait ensuite par la méthode des tests.

Nous n'avons point à réfuter ici les arguments que l'on a fréquemment opposés à l'emploi systématique des tests mentaux. Il semble bien que les critiques sont souvent émises par des personnes n'ayant pas appliqué la méthode, ou qui l'ont appliquée en voulant lui demander plus que ce qu'elle peut donner, plus que ce que ses créateurs espéraient d'elle. Si nous restons fidèles à ce mode d'exploration, c'est surtout parce que celui à qui nous envoyons le résultat de l'examen sait qu'il s'agit d'une donnée qu'il y a lieu de considérer comme un des éléments d'un tableau clinique complexe. Moyen commode d'indiquer, de façon claire, le degré de développement mental d'un enfant, et d'une façon suffisante le développement mental d'un adulte, la méthode des tests mentaux rend des services qui expliquent leur succès.

Tous les enfants y sont donc soumis.

Pendant treize ans, c'est l'échelle de Binet et Simon qui a été utilisée. Depuis deux ans environ, nous appliquons la Stanford Revision, d'après Terman, adaptée au milieu scolaire bruxellois par M. Delvaux, instituteur. Cet examen par tests se fait, soit par l'un des médecins de la Clinique, soit par un collaborateur habitué à la méthode, et dont les résultats ont été souvent contrôlés. Un médecin procède ensuite à l'examen somatique et neurologique de l'enfant. Il a, avec celui-ci, une conversation, plus longue lorsqu'une anomalie de caractère a été signalée. Le résultat de l'examen est envoyé au Juge; les conclusions indiquent, soit l'absence de toute anomalie — physique ou psychique — soit la nécessité d'une mesure spéciale, qui peut être d'ordre purement médical, lorsqu'une maladie ou une infirmité quelconque a été constatée. Du point de vue psychiatrique, nous indiquons au juge la nécessité soit du placement dans un établissement spécial, soit de la fréquentation régulière du Dispensaire d'hygiène mentale infantile. C'est, bien entendu, le magistrat qui juge de la nécessité ou de la possibilité d'appliquer la mesure suggérée par le médecin.

Malgré le caractère forcément sommaire de cet examen, qui n'a d'autre but que d'opérer parmi les enfants un triage et

d'indiquer certaines mesures désirables, M. le Juge Wets estime qu'il lui est très utile et lui rend les services qu'il est en droit d'en attendre.

Donc, notre clinique a un grand avantage ; celui de pouvoir examiner tous les enfants comparaissant en justice. Elle a le désavantage de ne pouvoir faire pour tous l'examen absolument complet qui est souhaitable.

Les chiffres que nous trouvons pour le niveau mental des enfants examinés diffèrent — et cela se comprend — de ceux qui ont été trouvés pour des sujets qui avaient été triés avant cet examen.

Voici, par exemple, les chiffres que donne le relevé des garçons examinés pendant deux ans. Nous nous bornons ici aux garçons parce qu'il nous a été possible de soumettre à l'examen par les mêmes tests une série correspondante d'hommes adultes, et que nous pensons que la comparaison entre le niveau mental du mineur et celui de l'adulte devait tenir compte du développement différent du garçon et de la jeune fille, surtout à partir d'un certain âge.

Notons d'abord, et cela confirme l'opinion émise par M. Heuyer dans son rapport, que, lorsqu'on parle d'enfants du juge, il faut entendre qu'il y a, parmi eux, de nombreux adolescents. Nous trouvons en effet 11,2 % d'enfants au-dessous de 10 ans ; 15,2 % entre 10 et 12 ans, 40 entre 12 et 15 et 33,6 % dépassant l'âge de 15 ans.

Comment se répartissent, au point de vue du niveau intellectuel, ces enfants et adolescents ?

32 % n'atteignent pas l'âge mental de 10 ans, d'après l'échelle de Binet et Simon. 27,6 % se situent entre 10 et 12 ans; 27,6 entre 12 et 15 ans, 12,8 % atteignent ou dépassent 15 ans d'âge mental.

Notons, par comparaison, que, chez les délinquants adultes, on trouve les chiffres suivants : au-dessous de 10 ans, 14,4 % ; entre 10 et 12 ans, 20,8 % ; entre 12 et 15, 36 % ; 15 ans et au delà, 28,8 %.

On voit que si le nombre d'enfants pouvant être considérés comme débiles (niveau inférieur à 10 ans) se rapproche sensiblement de celui de la statistique de la maison d'éducation surveillée d'Eysses citée par M. Heuyer (32 % d'une part, 33,9 % d'autre part), nous nous écartons assez sensiblement de ces chiffres lorsqu'il s'agit de niveaux mentaux plus élevés: de 10 à 12 ans, nous n'avons que 27,6 % tandis qu'à Eysses,

on trouve 54,5 %. Au-dessus de 12 ans, par contre, les chiffres sont, pour le Brabant 40,4, pour Eysses 11,6 %.

Si, parmi les jeunes délinquants, le nombre d'insuffisants mentaux est plus élevé, semble-t-il, que parmi les non-délinquants, le nombre de sujets ayant un développement que l'on peut considérer comme normal est assez élevé pour que leur cas soit étudié.

Si l'on veut tracer un tableau de la délinquance des mineurs, il ne faut, répétons-le, écarter aucun cas. A côté de l'étude des délinquants, mineurs ou adultes, dont les délits s'expliquent par telle ou telle anomalie apparente de l'intelligence ou du caractère, il est indispensable de faire l'examen approfondi de ceux qui, apparemment, sont normaux. Certains éléments de l'étiologie générale de la délinquance ne peuvent, à mon avis, être déterminés que par l'examen de ceux qui, précisément, n'ont, dans leur histoire clinique, et même dans les symptômes qu'ils présentent, rien qui les distingue, à première vue, d'un individu non délinquant, du même milieu social. Pour être réalisée, pareille étude devrait comporter l'analyse de « séries de contrôle ». C'est-à-dire que l'on devrait pouvoir comparer deux séries de sujets de même condition sociale, les uns délinquants, les autres non délinquants. On voit les difficultés d'application que présenterait pareille méthode. Pour les écoliers, cependant, elles ne paraissent pas insurmontables. Si les écoles étudiaient systématiquement et méthodiquement le caractère des élèves, comme peut le faire un laboratoire de psychologie avec le concours de l'instituteur, quelle aide précieuse serait apportée, non seulement au juge, mais aussi à tous ceux qui doivent, sans avoir le temps de soumettre l'enfant à une observation prolongée, donner à son sujet un conseil quelconque. Il n'en est que rarement ainsi à l'heure actuelle. Lorsque on interroge un directeur d'école sur le caractère de tel ou tel enfant, il est rare, sauf lorsqu'il s'agit d'un sujet nettement anormal, que l'on obtienne autre chose que des renseignements vagues ou des impressions purement subjectives. Et cependant, il n'y a que l'école qui soit à même de nous aider à déterminer les traits non pathologiques du caractère, traits dont l'étude me paraît indispensable dans tous les problèmes qui touchent la psychothérapie ou tout simplement l'éducation, au sujet de laquelle nous sommes si souvent consultés.

Les problèmes posés par la question que nous avons enten-

du si brillamment exposée par MM. Heuyer et Paul Vervaeck, sont des arguments en faveur de la généralisation de l'examen systématique de l'enfant, même apparemment normal. Le manque d'unité dans les méthodes d'étude du caractère en général, l'insuffisante dispersion des laboratoires de psychologie infantile dans les milieux scolaires retarderont pendant longtemps encore la réalisation de ce vœu. En attendant, le psychiatre devra se contenter de l'étude utile sans doute, mais incomplète, d'aujourd'hui.

L'assistance psychiatrique aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants en Haute-Garonne. — Son organisation, son fonctionnement, ses résultats (1932-1935).

par M. J. Ducoudray (d'Albi)

L'assistance psychiatrique aux enfants déficients et aux mineurs délinquants bénéficie actuellement en France d'un intérêt indiscutable de la part de l'opinion et des pouvoirs publics. De divers côtés, des réalisations sont en projet ou prennent corps.

Le département de la Haute-Garonne possède actuellement un service d'assistance psychiatrique qui fonctionne depuis 1932. L'organisation de ce service, son fonctionnement et les résultats obtenus m'ont paru comporter des indications qui pourraient intéresser certains de nos collègues désireux d'organiser, dans leurs départements, une semblable assistance.

I. Organisation. — A la demande de M. le Procureur général et de M. le Dr Riser, Professeur de Neurologie à la Faculté de Toulouse, M. le Préfet A. Guillon proposa au Conseil général de la Haute-Garonne la création d'un service départemental d'Assistance aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants. Cette proposition fut approuvée par l'Assemblée départementale.

M. le Préfet Guillon constitua, sous sa présidence, une « Commission d'études » comprenant 2 Conseillers généraux, 2 Conseillers municipaux de Toulouse, l'Inspecteur d'Académie, M. le Profeseur Riser, le substitut du Procureur général, le Chef de la 2e division de la Préfecture (Assistance), le médecin Inspecteur d'hygiène, l'Inspecteur des enfants assistés, le directeur de l'Office départemental de placement, 2 représentants des caisses d'assurances sociales, la secrétaire générale

de la « Protection toulousaine de l'enfance », principale œuvre privée de bienfaisance de Toulouse. A cette Commission fut adjoint ultérieurement le représentant à Toulouse du Comité français d'assistance à l'enfance déficiente.

Cette Commission préfectorale d'études se réunit chaque fois qu'une question relative à l'enfance mentalement déficiente ou délinquante de la Haute-Garonne est à étudier. C'est cette Commission qui a fixé l'organisation du service d'assistance ; elle en surveille le fonctionnement, elle fixe le montant des crédits à demander au Conseil général, elle détermine la répartition des crédits alloués.

Le service d'assistance aux enfants mentalement déficients et aux mineurs délinquants est assuré sous la haute direction du Professeur Riser, par un médecin (le Dr Ducoudray, ancien chef de clinique de neuro-psychiatrie, médecin des asiles), et deux assistantes de psychologie. Ces deux assistantes sont des infirmières diplômées possédant en outre le diplôme du Comité français d'assistance à l'enfance déficiente. Elles font partie de la « Protection Toulousaine de l'enfance », ce qui leur permet de travailler en liaison étroite avec des collègues qui assistent la grande majorité des enfants indigents de Toulouse : ainsi, dès l'origine du service, un grand nombre d'enfants déficients fut signalé à ces assistantes. En outre, depuis déjà plusieurs années, deux visiteuses de la « Protection Toulousaine de l'enfance » assuraient, pour les mineurs délinquants, l'établissement des enquêtes sociales, le placement des jeunes gens confiés à des institutions et un service de déléguées à la liberté surveillée. Là encore, une collaboration étroite fut immédiatement établie qui permit de soumettre, de façon régulière, et avec la plus grande facilité, les jeunes délinquants à un examen médico-psychologique et d'étudier les indications médicales, psychologiques et sociales utiles à leur placement et à leur orientation professionnelle.

L'ACTIVITÉ DU SERVICE. — Depuis le début de son fonctionnement en juin 1932, le service a eu une activité médicale, sociale, judiciaire, scolaire.

Au point de vue médical, le service assure :

— des consultations : 2 consultations par semaine faites à l'hôpital de la Grave, dans le service de neuro-psychiatrie de M. le Professeur Riser. En outre, depuis le mois de mars dernier, une consultation mensuelle est faite à St-Gaudens et une

à Muret ; ces consultations n'ont pas lieu pendant les vacances scolaires ;

— des examens de laboratoire et des examens de spécialité détaillés sont faits, lorsqu'il est nécessaire, dans le service de neuro-psychiatrie par le personnel du laboratoire ou les assistants (examens biologiques, électriques, radiologiques, métabolisme, O.R.L., ophtalmologiques) ;

— des traitements : les deux assistantes de psychologie assurent, en dehors des consultations, la surveillance régulière des enfants examinés et donnent, à domicile ou à la permanence de la « Protection toulousaine de l'enfance », les soins prescrits (séries de piqûres).

Ces consultations ont été immédiatement achalandées : les préjugés et la fausse honte des familles, dont certains avaient argué pour combattre la création d'un pareil service, ne se sont nullement manifestés.

Pendant l'année 1934, ont été ainsi examinés, aux consultations, 390 enfants déjà vus dans les années précédentes et 193 nouveaux. Les chiffres de 1935 s'annoncent comme nettement supérieurs.

Au point de vue social, les assistantes de psychologie du service ont fait de très nombreuses visites à domicile, démarches, voyages (pour accompagner des enfants placés dans des institutions diverses). Cette activité sociale des assitantes est, pour elles, extrêmement absorbante et elle est absolument indispensable : c'est à elle que nous avons dû, dès son début, le succès de cette œuvre tout d'abord inconnue.

Pendant l'année 1934, les deux assistantes ont ainsi reçu, à la permanence de la « Protection toulousaine de l'enfance », 2.010 visites, elles ont fait 1.653 visites ou démarches dans les familles, elles ont assuré le placement de 103 enfants. Ces placements d'enfants déficients — du fait de la pénurie d'établissements spécialisés et de l'insuffisance de places dans ces établissements — étant le plus souvent d'une sérieuse difficulté.

Au point de vue judiciaire : Depuis 1932, tous les mineurs délinquants sans exception qui ont comparu en justice ont été soumis à un examen médico-psychiatrique. Un « Avis médical » résumant les renseignements fournis par cet examen et les indications psychologiques utiles au redressement du jeune délinquant, est transmis au juge d'instruction.

En 1934, ont été ainsi examinés 54 délinquants et 30 ont été placés par les soins du service.

Les assistantes du service ont en outre apporté un concours très important aux examens psychiatriques des jeunes détenus de la Maison d'éducation surveillée d'Eysses.

Elles ont, en effet, accompagné dans cet établissement le médecin chargé des examens, soumettant les jeunes détenus aux épreuves-tests de Binet et Simon, questionnaire minutieux et long que le psychiatre ne peut, faute de temps, appliquer lui-même et qui donne des indications très précieuses sur les capacités intellectuelles de ces jeunes sujets.

Au point de vue scolaire : A la demande de M. le Professeur Riser et après entente avec M. l'Inspecteur d'Académie, les assistantes du service ont été autorisées à aller dans les écoles primaires pour y soumettre, aux tests de Binet et Simon, les enfants qui leur seraient signalés par les directeurs et les maîtres comme profitant insuffisamment de l'enseignement scolaire. Un certain nombre de déficients mentaux fut ainsi recensé, les plus gravement caractérisés furent ensuite conduits aux consultations. Parmi eux, 110 enfants ont été reconnus comme relevant des classes d'enseignement spécial prévues par la loi du 15 avril 1909.

Ces visites scolaires suivies d'examens psychiatiques ont ainsi permis d'indiquer que la création de classes d'enseignement spécial (type 1909) était utile à Toulouse et de recenser, d'ores et déjà, les enfants à y placer.

Frais de fonctionnement. — Les crédits votés par le Conseil général de la Haute-Garonne pour ce service d'assistance s'élèvent à 40.000 fr. Ils se répartissent ainsi :

Traitement de 2 assistantes sociales	24.000 fr.
Indemnité du médecin	6.000 fr.
Frais de déplacement	9.300 fr.
Frais de dossiers, imprimés, timbres	700 fr.

Ce rapide exposé nous permet, pensons-nous, d'établir les points suivants :

1° Le nombre des enfants mentalement déficients qui ont besoin d'assistance est très important, il est beaucoup plus grand que l'on ne croit communément et l'organisation pour eux d'un service d'assistance et de soins n'est pas un luxe inutile. Dans le département de la Haute-Garonne, qui compte

442.000 habitants et où la création d'un tel service avait paru osée à certains « pour les quelques douzaines d'enfants déficients qu'il pouvait y avoir », notre fichier compte 1.184 dossiers se décomposant ainsi :

enfants amenés pour cause médicale 602
enfants amenés pour cause judiciaire 315
enfants amenés pour cause scolaire 267

2° La création de ce service a été obtenus grâce à la collaboration de quelques personnes très autorisées : M. le Professeur Riser, M. le Substitut Lespinasse ; quelques conseillers généraux qui ont été intéressés par la question (en particulier M. le Dr Montalègre). M. le Préfet Guillon, qui a donné là une nouvelle marque de sa perspicacité et de sa bienfaisance sociales, a été le principal artisan de cette organisation.

3° Une propagande intense par les journaux n'a pas été nécessaire. Des consultations régulières appuyées par des examens de laboratoire et de spécialité très sérieusement faits, des assistantes ayant du doigté et rendant des services palpables, ont attiré immédiatement les familles.

4° La collaboration très intime et très amicale avec une œuvre de bienfaisance déjà existante et très sympathiquement connue dans la ville de Toulouse a été un très important facteur d'activité immédiate.

L'expertise mentale comparée
(à trois degrés)

par M. le Dr Georges d'Heucqueville, et Me Philippe Kah

(de Lille)

La réforme des expertises mentales est actuellement le sujet d'ardentes controverses : la *Société de Médecine légale* de Paris, discutant la proposition de M. Toulouse en faveur de l' « *expertise contradictoire* » (1), lui a consacré plusieurs séances en 1934, et le *Congrès de Médecine légale et sociale* de langue française de la même année en a été saisi par un remarquable rapport de MM. Raviart et Vullien (2).

La question de mots

Société et Congrès de Médecine légale ont réglé une *question de mots :* ils ont rejeté de l'expertise le mot « *contradictoire* » *;* aux termes du vœu du Congrès, les expertises psychiatriques ne doivent pas être « contradictoires ». Les voix les plus autorisées ont plaidé l'exclusive du « *contradictoire* » et de la « *contradiction* ». Qu'on nous permette d'avouer que les arguments produits nous semblent avoir enfoncé une porte... qui ne demandait qu'à s'ouvrir, poussée par l'étymologie elle-même, laquelle interdit d'associer le mot « *contradictoire* » au mot « *expert* » : ce dernier, chacun le sait, signifie « *en dehors des parties* », c'est-à-dire « *au-dessus des débats* », donc au-dessus, théoriquement, de toutes contradictions.

---

(1) Toulouse. — L'expertise psychiatrique. *Annales de Médecine légale,* XIV, n° 3, p. 224.

(2) Raviart et Vullien. — L'expertise mentale contradictoire. *Rapport au Congrès de Médecine légale de 1934. Id.,* XIV, n° 5, p. 333.

Les contradictions de médecins

Hélas, magistralement bannie, en tant que mot, de l'expertise mentale, la contradiction, dans la réalité des choses, est demeurée, depuis lors, attachée, comme une excroissance inextirpable, aux dépositions des psychiatres aux Assises (excroissance désagréable à contempler, dont le traitement ne va pas sans douleur !).

Evoquons les derniers procès retentissants, procès de Violette Nozières, de Michel Henriot, de Malou Gérin et de son complice. Dans ces affaires et dans les autres, après les experts officiels, s'avancent à la barre d'autres praticiens, cités par la défense, qui attaquent leurs conclusions, avec une autorité, un talent, une courtoisie et une fortune divers, mais avec ce résultat, trop constant, d'amoindrir le crédit de la science psychiatrique.

Point de vue des avocats

Et les psychiatres sont-ils fondés d'en tenir rigueur aux avocats ? Les avocats, l'un de nous l'a proclamé l'an dernier (1), professent une confiance sans réserve dans la science, la probité professionnelle, le souci de justice de tous les experts.

Mais les avocats, qui connaissent bien les experts (qui les connaissent d'autant mieux que leur phalange, — de ceux du moins qui sont commis dans les affaires importantes, — est moins renouvelée), n'ignorent pas, pour reprendre l'heureuse expression de MM. Raviart et Vullien, la « *doctrine médico-légale* » de chacun d'eux.

Par exemple, ils savent bien que le même meurtrier, dont les antécédents comportent, soit des crises convulsives, soit une encéphalite grippale, sera tenu pour responsable par tel expert, aliéné par tel autre ; et ce avec la même science, la même bonne foi (ces opinions contradictoires n'étant identiques que sur un point : celui même de leur contradiction).

Si le hasard veut que le premier soit commis, comment l'avocat fera-t-il entendre, pour remplir sa mission stricte, la doctrine opposée ? Il ne peut parler qu'une fois l'expertise close, et parler sans apparente autorité, dans une langue qui, par définition lui demeure étrangère. Il dispose donc d'un seul sub-

(1) Me Philippe Kah. — Discussion du rapport. *Id.*, XV., n° 3, p. 269.

terfuge, le subterfuge du médecin, partisan de cette doctrine opposée, qui voudra bien l'exposer à la barre des témoins. Et, par la force des choses, ce médecin, malgré les protestations des experts officiels, viendra témoigner, tant que le régime des expertises restera fermé à la nuance, à la mesure, à l'esprit de comparaison, qui doivent caractériser la doctrine psychiatrique médico-légale.

Point de vue des médecins légistes

Voici maintenant le point de vue des neurologistes et aliénistes qui pratiquent la médecine légale.

Nul parmi eux n'est assez vain pour prétendre que pas un de ses rapports ne prête, bien entendu non sur les faits, mais sur l'interprétation médico-légale, à la discussion d'autres spécialistes, partisans de doctrines opposées.

Tous applaudissent, quand MM. Raviart et Vullien proclament que « c'est diffamer l'expert désigné que de le traiter d'expert de l'accusation ». Mais, en revanche, la plupart ne s'associent plus aux éminents rapporteurs quand ils traitent de « *médecins à sens unique* » leurs confrères qui, ne partageant point sur un inculpé la doctrine des experts désignés officiellement, ont la bonne foi de le dire à haute voix. Parmi ces médecins, on compte de très remarquables experts, qui ont le courage d'affronter, officieux pour un jour, leurs collègues officiels, à armes inégales : « Vous n'avez pas été admis à examiner le prévenu, s'exclame-t-on, que venez-vous faire ici ? »

Il se trouve parfois que l'avenir donne raison aux médecins officieux, et que le condamné déclaré « responsable », doive être bientôt acheminé vers l'asile ! Cette joute inégale est aussi humiliante pour les deux camps de spécialistes en désaccord. Et nombre de médecins aliénistes, neurologistes et légistes, faisant écho, dans leur conscience et le souci de leur prestige, aux avocats, se demandent pourquoi l'on n'y met pas un terme, en admettant celui d'entre eux, dont la défense désire *absolument* l'avis, à participer aux opérations de l'expertise.

Systèmes proposés antérieurement

Nous suggérons un « *modus vivendi* » bien simple, qui tient compte des désidérata actuels de *souplesse* et d'*économie,* l' « *expertise comparée* », ou *expertise à trois degrés.* Les

systèmes déjà proposés ne semblent pas satisfaire à ces désidérata.

Le système des « *contre-expertises* », (que le juge peut toujours consentir à la défense), remettant tout l'examen en question, n'apparaît guère économique : économique ni des frais de justice, ni du temps de l'instruction, ni surtout de l'amour-propre des experts commis, amour-propre légitime ! Quel expert aimera mieux s'entendre démentir par un collègue contrôlant souverainement ses opérations, que par un médecin tout ignorant de l'affaire, cité à l'audience ?

Le *projet de loi Cruppi* (1), défendu si heureusement par M. Donnedieu de Vabres, répartissant officiellement les experts en deux camps, confère une sanction légale aux contradictions d'experts, qu'on cherche précisément à éviter. Quant à la « *sur-expertise* » prévue, elle encourt les critiques formulées plus haut sur la « *contre-expertise* ».

Le *tirage au sort des experts,* suggéré par M. René Charpentier (2), nous semble un pis-aller. Avec droit d'égale récusation par l'accusation et la défense, il amoindrirait l'autorité des experts, tirés de l'urne et renvoyés comme des jurés populaires. Et, sans cette faculté de récusation, il laisse au hasard le champ libre pour de malicieuses combinaisons, dans un domaine où celles-ci apparaissent spécialement indésirables !

Enfin, MM. Crouzon (3) et Dide (4) souhaitent que l'inculpé puisse se faire assister, à l'expertise, d'un médecin, simple « *conseil* » sans qualité d'expert. Mais, si le « conseil » choisi se trouve être un spécialiste aussi qualifié que les experts officiels, comment lui interdire, en cas de désaccord, de faire connaître sa conviction ?

Expertise comparée

Le système que nous proposons, en tant que médecin-expert et qu'avocat — et ne voilà-t-il pas déjà une union réalisée ? — permet la « *comparaison* », scientifique et courtoise, sur un pied d'égalité, des doctrines médico-légales : on peut y parvenir par une simple « *adaptation* » des usages actuels.

Les usages actuels comportent déjà deux types d'expertises

(1) Cruppi. — Projet de loi voté par la Chambre le 30 juin 1898.
(2) Charpentier. — Discussion du rapport. *Ann. Méd. lég.,* XV, n° 3, p. 281.
(3) Dide. — *Id.,* p. 293.
(4) Crouzon. — *Id.,* p. 279.

mentales, les *expertises à expert unique,* et les *expertises à trois experts,* qui constituent en somme *deux degrés* successifs de sécurité dans l'expertise.

Malheureusement, c'est trop souvent le hasard qui détermine à quel degré s'arrêtera l'expertise. Les tribunaux de villes moyennes commettent d'ordinaire un seul expert. Les tribunaux des villes de Faculté, des villes voisines de grands centres, commettent simultanément trois experts. Usage qui n'est ni souple, ni économique : il n'existe pas, en effet, des *criminels de 1re ou 3e classe* comme les *tribunaux de 1re ou 3e classe* dont ils ressortent ! La responsabilité de l'expert unique, chargé d'un examen difficile, est lourde ; il la partagerait volontiers. Réciproquement, dans les expertises à trois experts, la rédaction est souvent l'œuvre d'un seul, que les autres contre-signent.

On répondrait aux désidérata de souplesse et d'économie en réservant l'expertise à trois experts aux cas délicats, d'interprétation controversée. *Elle offrirait alors le cadre de l'expertise comparée,* si le magistrat et la défense s'entendaient pour permettre, dans son sein, de s'opérer cette comparaison des doctrines et des faits qui nous semble souhaitable au premier chef.

Dans la mise au point que nous proposons des usages actuels, les experts resteraient, bien entendu, commis par le juge d'instruction (ou le président du tribunal). Son choix s'exercerait sur les listes d'experts, listes élargies toutefois, comprenant notamment, selon le vœu unanime, les experts près les autres tribunaux.

Premier degré : l'expert-visiteur

Par mesure d'économie donc, le magistrat commettrait d'abord un seul expert psychiatre, qui procéderait, *avec diligence,* à l'examen mental du prévenu et déposerait ses conclusions, justifiées par un rapport succinct. Par analogie avec la médecine légale des accidents, appelons ce premier expert l'« *expert-visiteur* ».

Sa diligence permettrait de le commettre dans nombre d'affaires, criminelles ou correctionnelles, qui arrivent aujourd'hui à l'audience sans expertise. Il remplirait, à peu de frais, la mission dévolue en Belgique au *médecin-chef de l'annexe psychiatrique.* L'*expert-visiteur* existe d'ailleurs déjà en France, près les *tribunaux d'enfants* qui font examiner systématiquement leurs jeunes prévenus.

Dans les cas simples, n'offrant nulle matière à des discussions doctrinales (aliénation évidente ou responsabilité manifeste), l'avis de l'expert-visiteur suffira : la défense ne commettra point la maladresse de s'attacher à une thèse d'irresponsabilité condamnée d'avance.

Second degré : l'expert-conseil

Le défenseur estime-t-il que l'interprétation n'est pas inattaquable, que les tares de son client ne sont pas placées dans une assez vive lumière : il sollicite un second examen, la *commission d'un expert au second degré,* chargé de répondre aux mêmes questions. *Le magistrat l'autorisera alors à lui proposer cet expert sur la liste.* Cette tolérance, érigée en tradition impérative, donnera toute satisfaction à la défense. Elle soulagera aussi le juge, *en prévenant toute réclamation pour l'avenir.*

L'expert au second degré, nommé par le juge sur la désignation de la défense, contre-visite le sujet, avec ou sans l'assistance du premier expert. Comme lui, il dépose ses conclusions, basées sur un rapport succinct. Participant ainsi à la fois de la qualité d'expert et du caractère du « *conseil* », proposé par MM. Crouzon et Dide, l'expert au second degré mérite le titre d' « *expert-conseil* ».

Troisième degré : l'expert-rédacteur

Si les conclusions apparaissent identiques, l'expertise est close. En cas de désaccord, le juge commet un *expert au troisième degré.*

Et, bien que nommés par des ordonnances de dates différentes, les trois experts se réunissent, pour procéder à l'expertise, dans des conditions analogues à celles de l'expertise actuelle à trois experts. La rédaction du rapport sera confiée toutefois obligatoirement au troisième expert, que l'on distinguera donc sous le nom d' « *expert-rédacteur* ». Ce rapport sera aussi circonstancié que possible. Il exposera les deux thèses précédemment soutenues et reproduira le procès-verbal des travaux communs.

Comme dans l'expertise à trois experts d'aujourd'hui, expertise « *modérément contradictoire* » selon Ruyssen (1), les

(1) Ruyssen. — *Id.,* p. 290.

conclusions s'efforceront de concilier les opinions des trois experts. Les deux premiers experts commis conserveront néanmoins, comme aujourd'hui, la faculté de *signer seulement le procès-verbal,* à l'exclusion des conclusions auxquelles ils ne s'associeraient point : on peut escompter que cette éventualité restera exceptionnelle comme aujourd'hui.

L'expertise ne comportera pas de quatrième degré. Les contre-expertises perdront leur raison d'être. Et la défense n'aura plus lieu de citer à l'audience des médecins étrangers à l'affaire.

*
**

Voilà, pensons-nous, une adaptation des usages actuels, en accord avec le *bon-sens,* le souci d'*économie* inséparable de notre époque, le souci de *nuance* qu'exige la médecine légale psychiatrique dans son état actuel, les aspirations des avocats et des experts.

Elle sera proposée au prochain Congrès des avocats, dont la majorité se préoccupent de la crise actuelle de l'expertise, car ils en souffrent autant que les experts. Puis, enrichie des enseignements que nous aurons recueillis, sans mettre en mouvement l'appareil législatif, nous demanderons à la chancellerie de la généraliser, par une circulaire à ses chefs de cour.

Nous avons la conviction que cette mise au point de nos usages, *sans bouleversement,* selon la méthode française, permettra à la médecine mentale de servir mieux encore la justice et la défense sociale.

Arriverons-nous ainsi à l'âge d'or ? Mais sans prétendre avoir l'outrecuidance d'y parvenir, il n'est jamais défendu de prendre le chemin des Hespérides, avec un souci primordial : faire œuvre de bonne foi — commune mesure d'un cœur bien placé — faire œuvre de bon sens — commune mesure de l'esprit.

D[r] CROUZON (de Paris). — Si séduisante que soit la conception de MM. D'Heucqueville et Kah, je pense qu'elle n'empêchera pas les contradictions. Devant le tribunal, le médecin du 2[e] degré ne manquera pas d'y exposer son opinion. En outre, les expertises successives auront pour résultat évident un retard dans la procédure.

COMMUNICATIONS D'ASSISTANCE ET DE THÉRAPEUTIQUE

L'organisation et le mouvement de la population à l'Institut de Psychiatrie de Bruxelles

par M. le Professeur G. VERMEYLEN (de Bruxelles)

L'Institut de Psychiatrie annexé à l'Hôpital Brugmann, constitue un échelon dans l'ensemble de l'armement psychiatrique de la Ville de Bruxelles.

La Ville de Bruxelles, avec les communes environnantes, a une population d'environ 950.000 habitants. Il est intéressant de se représenter à la fois les nécessités psychiatriques constituées par le nombre de malades mentaux dans cette population, et les modes d'organisation qui répondent à ces nécessités.

En pointe avancée se trouvent le dispensaire central d'hygiène mentale et la consultation externe de l'Institut de Psychiatrie. Le dispensaire d'H.M. donne environ 4.000 consultations par an, dont la moitié à peu près concerne les adultes. La consultation externe de l'Institut donne de 500 à 600 consultations par mois, soit un minimum de 6.000 consultations dans l'année. L'Institut, lui-même, hospitalise entre 950 et 1.000 malades par an, tant dans sa section ouverte que fermée. Enfin, les Instituts privés de Bruxelles reçoivent environ 700 malades par an.

L'Institut de Psychiatrie dont j'ai à vous entretenir a été ouvert le 30 mai 1931. Il succédait à l'ancien asile-dépôt de l'Hôpital St-Jean, que dirigeait M. le professeur Ley, et avait également pour mission d'assurer le diagnostic et le triage des malades mentaux.

Il est, à cet effet, organisé dans l'enceinte d'un grand hôpital et dispose ainsi de tous les services généraux et de spécialités nécessaires à l'accomplissement de sa mission. D'autre part, il se distingue ainsi à peine des autres services de médecine et perd pour les malades et leurs familles tout caractère péjoratif ; d'autant que son organisation intérieure répond à cette conception et ne la singularise presque pas des autres services. A la réforme des idées, on a pu ajouter ici, suivant l'expression de M. le Ministre Vandervelde, la réforme des bâtiments.

L'Institut comprend deux pavillons.

Le Pavillon A ou pavillon ouvert constitue, en Belgique, une innovation. Précédant toute réglementation juridique, il hospitalise librement les malades mentaux non protestataires et non directement dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. Cette innovation représente un gros effort budgétaire supporté uniquement par Bruxelles et les communes contractantes. Le Pavillon ouvert n'a d'autre réglementation que n'importe quel service hospitalier et les malades y gardent la même liberté que dans les autres services de l'Hôpital.

Tous les genres de malades y sont traités : depuis les cas neurologiques jusqu'aux malades mentaux les plus caractérisés, du moment qu'ils consentent à leur traitement et ne constituent pas une gêne pour les autres. Le passage du pavillon ouvert au pavillon fermé, avec mesure d'internement, est relativement peu fréquent. Il représente environ 1/5 des malades admis. Il serait beaucoup plus faible si des services ouverts étaient créés dans les hôpitaux psychiatriques dépendant de l'Etat. Bien souvent, nous devons prendre des mesures d'internement uniquement parce que le malade, peu capable de se conduire seul dans la société, n'a plus de famille qui puisse s'occuper de lui.

Le Pavillon a 44 lits, répartis en nombre égal pour les hommes et pour les femmes. Il reçoit à peu près 250 malades par an, soit le quart des entrants de l'Institut.

Le Pavillon B ou pavillon fermé, reçoit les malades internés ou suivant la terminologie belge, colloqués ; 72 lits, répartis à égalité pour les hommes et pour les femmes, hébergent, par an, environ 750 malades. Ce pavillon a un étage, où se trouvent les malades alités pour l'observation ou le traitement.

Au rez-de-chaussée se trouvent les malades valides dont l'observation est terminée et qui attendent leur sortie ou leur pas-

sage dans un hôpital psychiatrique. Il sera complété, dans la suite, par un petit pavillon séparé pour grands agités.

L'ensemble de cette organisation est complété par des laboratoires de recherches biochimiques et psycho-pathologiques qui répondent à la fois aux nécessités de la clinique et aux recherches particulières. Une bibliothèque d'ouvrages et de revues neuro-psychiatriques permet de se documenter sur place et de suivre le mouvement général des idées dans ce domaine. Enfin, l'auditoire sert de salle de cours et de démonstrations cliniques aux étudiants des doctorats en médecine, en pédagogie et en droit qui doivent s'initier à la psychiatrie ; il s'y donne également les cours de spécialisation pour les infirmières diplômées qui veulent obtenir le diplôme psychiatrique.

Je ne m'étendrai pas sur l'organisation générale qui répond à celle qu'on trouve dans tout bon service de psychiatrie. Je me contenterai de vous signaler quelques points particuliers qu'on ne rencontre pas toujours ailleurs.

Tout d'abord, étant un centre de diagnostic et de triage, toute l'activité du service est orientée vers le côté médical de la question. Chaque malade fait l'objet, non seulement d'un examen clinique complet, mais de recherches de laboratoire assez étendues. Les examens du sang sont faits chez tous nos malades, les examens du liquide céphalo-rachidien chez la plupart. Enfin, lorsqu'il y a nécessité, nos malades bénéficient de tous les services de spécialités dont dispose un grand hôpital : radiologie, urologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, etc.

D'autre part, c'est un service universitaire. Il sert donc à l'enseignement. A cet égard, le service ne fournit pas seulement les malades nécessaires à l'enseignement clinique, mais reçoit également les élèves qui viennent y faire un stage de trois mois par série de 3 ou 4. De plus, chaque étudiant qui suit les cours est obligé de faire l'étude clinique de plusieurs malades. Enfin, une réunion psychiatrique à laquelle peuvent assister tous ceux qui s'intéressent à la question, est organisée chaque semaine et permet de discuter en commun les cas difficiles.

De même, le service assure l'enseignement des infirmières qui désirent obtenir le diplôme psychiatrique. A cet effet, elles doivent avoir le diplôme général d'infirmières, qui comporte trois années d'étude, faire un stage d'un an dans le service et suivre les cours de psychologie, de psychiatrie et d'assistance

qui se donnent pendant cette année. Elles passent ensuite un examen pratique et théorique devant un Jury officiel.

Le service lui-même est assuré par un médecin principal et trois médecins adjoints assistés par trois ou quatre élèves. L'assistance des malades se fait uniquement par des infirmières, même chez les hommes. Elles sont au nombre de 45 environ, se répartissant en trois équipes se relayant de huit en huit heures. Depuis quatre ans que le service fonctionne ainsi, nous n'avons eu qu'à nous louer de cette manière de faire, qui paraissait assez hardie à première vue, mais qui s'est révélée, à l'usage, non seulement praticable, mais très souhaitable. Tout le service y a gagné en bonne volonté réciproque, douceur et discipline consentie.

Le principe général est celui de la surveillance active et agissante. Les mesures de précaution ne résident pas dans des portes fermées, des clefs, des barreaux et des murs, mais bien dans la bonne volonté agissante, le tact, la fermeté et le coup d'œil d'un personnel formé, conscient de sa tâche et suffisamment nombreux pour pouvoir exiger qu'il prenne ses responsabilités. C'est pourquoi on a, en visitant l'Institut, cette impression de liberté et de non-contrainte qui nous aide grandement à garder la confiance et l'estime de nos malades. Il n'y a d'autres moyens de contrainte que les bains thérapeutiques. Les chambres, qui n'ont rien de la cellule, servent surtout aux malades calmes. Les salles sont largement aérées et éclairées. Tout y est apparent : téléphones, stores, robinets d'eau, boutons électriques. Les jardins sont simplement entourés d'une haie basse, protégée elle-même par une plate-bande de fleurs, qu'il est raisonnable de ne pas piétiner.

Enfin, les malades valides ne restent pas inactifs. Ils font de petits travaux manuels : couture pour les femmes, fabrication de sacs pour les hommes, pliage de compresses et nettoyage des légumes pour les hommes et les femmes.

L'atmosphère générale ainsi obtenue est celle d'une assistance médicale rapidement admise par le malade lui-même et où règnent la confiance réciproque et le désir d'arranger pour le mieux commun des situations particulières qui sont souvent fort compliquées.

C'est peut-être ce caractère, à la fois très médical et où les traitements actifs sont en honneur, et cette collaboration morale de tous les instants, qui expliquent les résultats encourageants obtenus. Sur 1.000 malades environ qui passent par

an dans le service, près de la moitié rentre chez eux guéris ou suffisamment améliorés pour pouvoir faire un essai de réadaptation sociale sous la surveillance de l'infirmière-visiteuse attachée au service et le contrôle du médecin de la consultation externe ou du dispensaire d'hygiène mentale.

Même si on n'envisage que les malades internés, près d'un tiers d'entre eux peuvent ainsi, dans les deux mois, rentrer chez eux. En n'envisageant que le côté budgétaire du problème, cela constitue un gain qui compense largement les dépenses, forcément assez élevées, d'un service ainsi compris.

Mais, pour nous, le gain moral est autrement précieux et consiste non seulement dans le retour à la vie normale d'un assez grand nombre de malades, mais également dans le bien-être et le réconfort donné, dans un milieu qui se fait aussi accueillant que possible, à ceux qui doivent y prolonger leur séjour.

Etat actuel de la colonisation familiale en France

par MM. les Drs Pasturel et J. Vié

Médecins-Directeurs des Colonies de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château

---

Auguste Marie n'est malheureusement plus là pour apporter au Congrès les résultats d'une œuvre dont il avait puisé la grande inspiration dans l'exemple belge (1). C'est à ses continuateurs qu'il appartient d'indiquer le développement acquis par les Colonies Familiales d'Aliénés du Département de la Seine et les services qu'elles ne cessent de rendre à l'assistance des malades mentaux.

Fondée en 1892, la Colonie de Dun-sur-Auron s'est très rapidement étendue. L'une de ses annexes, éloignée de 23 km., Ainay-le-Château, est devenue dès 1900 un établissement autonome spécialisé dans le placement des hommes alors que Dun se consacrait à celui des femmes. Le recrutement demeure toujours limité aux aliénés indigents ayant passé par les Asiles de la Seine.

Les deux graphiques que voici, retracent la progression numérique aux étapes parallèles, des deux maisons, ainsi que le devenir des malades traités. Suivons la *courbe de la population moyenne,* vrai baromètre de l'effectif. Celui des hommes a toujours été bien plus faible, ce qui répond à la différence du nombre des malades des deux sexes internés dans le département de la Seine (6.188 hommes contre 10.799 femmes au 31 décembre 1933). La proportion des hommes susceptibles de bénéficier du placement est encore plus restreinte que celle des femmes, en raison du danger sexuel et de la violence de leurs réactions.

A Dun, l'augmentation continue de 1892 à 1915 (1.015), est

---

(1) Nous tenons à remercier ici, tout particulièrement, M. le Dr Sano, de l'excellent accueil qu'il nous a fait, lorsque nous sommes venus visiter la Colonie de Gheel en décembre 1934 (J. V.).

arrêtée par la Guerre, reprend en 1920, pour atteindre en 1934 le chiffre moyen de 1.263, ce qui paraît un maximum dans les conditions actuelles. A Ainay, la guerre paralyse bien plus profondément le recrutement, et le chiffre moyen de 1913 (483) ne sera dépassé qu'en 1934. L'équipement matériel de la colonie, munie seulement d'une infirmerie exiguë et vétuste était resté insuffisant. Depuis 1931, un gros effort a ouvert une nouvelle phase de prospérité, les chiffres antérieurs ont été dépassés (518 en 1934, 545 pour les six premiers mois de 1935) et grâce à la bienveillance éclairée de l'Administration préfectorale de la Seine, ainsi que du Conseil général de la Seine, le pavillon d'infirmerie nécessaire à une progression ultérieure, va se réaliser prochainement ; conçu d'après nos indications par MM. Midy et Vinadelle, architectes, il comportera 57 lits et répondra à toutes les exigences d'une construction hospitalière moderne. La Colonie d'Ainay pourra alors atteindre 700 malades.

Sur nos graphiques, vous voyez 3 zones :

En bas, les décès, les réintégrations, les transferts administratifs, les évasions (ces deux dernières catégories très peu nombreuses) représentent un poids mort que nos efforts tendent à diminuer. Le pourcentage des *décès,* très fixe autour de 5 %, est en rapport avec l'âge assez avancé des femmes (80 % au-dessus de 50 ans), avec la fréquence de l'artério-sclérose des hommes. Les réintégrations en Asile fermé des sujets impropres à la vie familiale sont moins fréquentes, grâce à la bonne collaboration des médecins des Asiles et des médecins des Colonies, pour le choix des malades. Les hommes sont évacués à Chezal-Benoit, Asile agricole dépendant de la Seine ; pour les femmes, il faut traiter avec les Etablissements départementaux de la Nièvre, du Cher, de l'Allier.

En haut du graphique, une bande bien mince indique les *sorties en liberté.* Leur faible nombre, leur irrégularité, font bien comprendre que nos colonies fonctionnent avant tout comme *moyen d'assistance aux chroniques.* Les convalescents des Asiles n'y fournissent qu'un appoint minime, et d'ailleurs, nous ne pensons pas que la formule très libérale du placement familial offre, en dehors de cas spéciaux, un mode suffisamment actif de rééducation.

Enfin, la grande surface intermédiaire à ces deux zones est le domaine des très nombreux sujets qui passent à la colonie de longues années : surtout *des arriérés* (2/3 de l'effec-

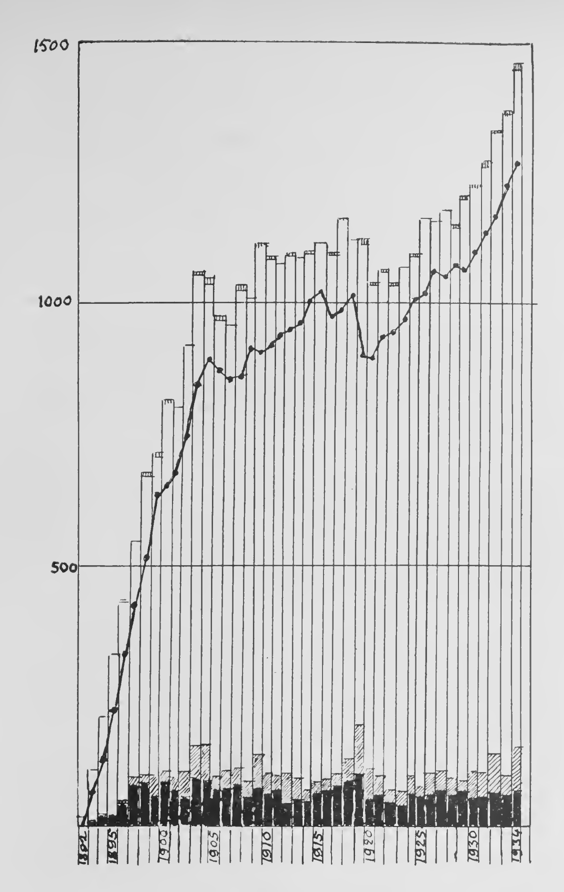


FIG. 1. — Colonie de Dun-sur-Auron (1892-1934).

décédés.

restés à la Colonie.

réintégrés, évadés, transférés.

sortis en liberté.

Population moyenne.

tif à Ainay, 1/2 à Dun, imbéciles, débiles profonds, petits débiles, quelques idiots) ; et des *artério-scléreux* (préséniles et séniles, vieux alcooliques chroniques, délirants hallucinatoires âgés, syphilitiques cérébraux, mélancoliques d'involution...). La paralysie générale, la démence précoce, ne donnent que peu de

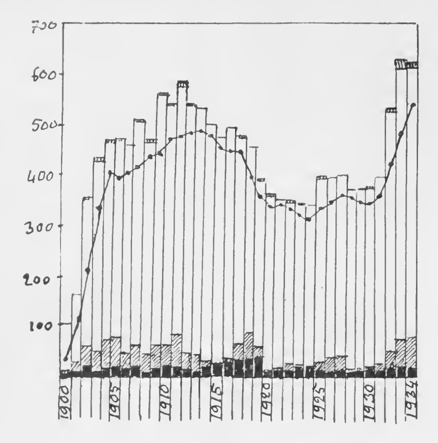


Fig. 2. — Colonie d'Ainay-le-Château (1900-1934).



bons éléments. Les psychonévrosés, chez nos nourriciers assez frustes, ne s'adaptent pas.

L'intérêt économique des Colonies pour l'Administration (prix de journée 1934 : 10 fr. 18 à Dun, 11 fr. 22 à Ainay) et pour les populations du Cher et de l'Allier est certain. Mais l'appréciation médicale du système ne peut être discutée qu'en fonction de l'utilité pour les malades.

Sa valeur thérapeutique est indéniable et unique. — Il faut faire la place de la vie au grand air dans un climat régulier et sain, de l'alimentation très végétarienne et très peu toxi-

que, de l'action sédative incontestable de la vie rurale. Ce n'est pas l'essentiel. Il réside, comme nous le disions samedi à la Réunion Européenne d'Hygiène Mentale (1), dans une psychothérapie sociale : réadaptation du malade (ou mieux de l'infirme, car il s'agit avant tout de porteurs de séquelles neuropsychiatriques) à un *milieu familial neutre,* sous un régime de *liberté* aussi grande que possible. Il s'y établit de soi-même une *récupération de la valeur humaine* très individualisée — cure d'occupation et source de sympathie — proportionnée aux possibilités de chacun.

N'est-ce pas, nous demandait récemment M. Toulouse, un mode d'assistance sentimental et humanitaire, certes, mais empirique ? Les malades y bénéficient-ils des progrès de la science et n'échappent-ils pas à son étude ?

L'objection serait de valeur, mais il ne tient qu'aux médecins de l'Assistance familiale — et de plus, c'est leur devoir, qu'elle ne soit pas fondée. L'exemple belge, ici encore, nous guide. Il ne faut évidemment pas prendre en colonie les sujets qui nécessitent une surveillance médicale de tous les instants. On ne peut songer à placer des enfants anormaux si l'on ne dispose pas d'un service tel que celui créé à Gheel, sous la direction de M. Sano, par M. Vermeylen. Mais notre organisation de médecins et d'infirmiers visiteurs rend possible l'application de tous les traitements nécessaires. Quant au domaine de l'investigation scientifique, le placement familial réalise une expérience, vraiment unique, dont pourront tirer grand profit, la psychologie et la sociologie pathologiques : le malade mental évolue en dehors du cadre disciplinaire des Asiles; son comportement et ses réactions dans une ambiance déterminée sont conditionnés par les lacunes de ses capacités fonctionnelles, qui se manifestent nettement.

Pour la science, comme pour l'Assistance, le placement familial présente d'assez vastes horizons ; il faut s'appliquer dans les deux sens, à en tirer tout le parti possible.

---

(1) J. Vié. — Les aspects sociaux de la colonisation hétéro-familiale des aliénés. *Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie,* juillet 1935.

Thérapeutique organique de l'hystérie

par M. le Prof. Gaetano Boschi (de Ferrare)

La question de l'hystérie exige avant tout, de la part de qui doit en parler, une déclaration de foi. Elle est la question la plus élevée parmi les problèmes neuro-psychiatriques, parce qu'elle aborde — rien moins que cela — la question même des rapports entre matière et esprit.

Dans une petite brochure, de 1923, sur l'hystérie — que M. Van Bogaert m'a fait l'honneur de citer dans son très remarquable rapport — je disais essentiellement que les manifestations hystériques consistent dans des expressions d'un adynamisme synthétique spécial entre des activités supérieures, volitives, et des activités psychologiques ou psycho-physiologiques inférieures, automatiques. J'ai vu que les deux Rapporteurs ont tous les deux employé dans leur définition ce même mot de « Synthèse ».

La conception psycho-pathologique de l'hystérie doit pourtant être élargie vis-à-vis de la simple conception du pithiatisme. Mais je n'arrive nullement jusqu'à la conception de M. Radovici qui — si j'ai bien compris — semble identifier l'hystérie avec un syndrome neuro-végétatif.

La question de l'hystérie est une question psycho-physiopathologique. Vouloir en faire une question clinique nosologique, c'est, à mon avis, compliquer les choses. L'hystérie peut épuiser à elle seule — à peu de chose près — le tableau clinique dans nombre de cas, mais bien souvent, elle ne constitue qu'un élément nosographique dans le tableau d'une maladie plus complexe ; et il peut s'agir d'une encéphalite. Il y a donc lieu de distinguer entre une hystérie idiopathique et une hystérie symptomatique : c'est le titre d'une communication que mon élève, Mlle Cori, a présentée en 1930.

M, Baruk a dit, dans son intéressant rapport, que le traitement du pithiatisme doit viser, non seulement l'accident, mais aussi les causes générales et le terrain. C'est très juste. Nombre d'auteurs se sont occupés d'une thérapeutique de l'hystérie

envisageant en même temps, ou avec prédominance, le terrain du malade.

Tout récemment, j'ai essayé — et c'est là l'objet de cette communication — d'employer, dans des cas d'hystérie, cette méthode de traitement par la provocation d'une méningite aseptique à l'aide de la Phénolsulphonphtaléine qui m'a déjà donné des résultats assez considérables dans le traitement des psycho-névroses et même des névropathies.

J'ai traité une malade qui présentait une aphonie hystérique que j'ai définie comme une dyspraxie de la phonation, sur l'épine provocatrice d'un état irritatif des cordes vocales. Comme les décrochages répétés ne réussissaient à obtenir qu'une disparition tout à fait transitoire du trouble, j'ai voulu essayer la méthode dont je viens de parler : trois heures environ après l'injection intra-rachidienne, de la Phénolsulphonphtaléine, la voix sonore réapparut. C'est souvent dans les premières heures consécutives à la provocation d'une réaction méningée ou à un drainage céphalo-rachidien par la simple ponction lombaire qu'on voit disparaître des troubles, même organiques.

Dans un deuxième cas, d'aphonie hystérique, me passant de toute pratique contre-suggestive, j'ai essayé la simple ponction lombaire et même, dans ce cas, j'ai obtenu, après quelques heures, la guérison.

Il faut enregistrer aussi qu'il y a des cas — et en particulier je me souviens d'un d'entre eux — où cette méthode que j'ai appelée organique ne suffit pas et où j'ai été forcé d'adjoindre un traitement psycho-thérapique.

Ainsi je pense que les cas cités par M. Van Bogaert dans son rapport, qui se sont montrés réfractaires à la psychothérapie, pourraient être justiciables de la thérapeutique organique que je viens d'indiquer, seule ou associée à une psychothérapie.

M. Baruk. — La si intéressante intervention de M. le Professeur Boschi pose encore ce problème toujours si discuté de la délimitation clinique de l'hystérie. A ce point de vue, je crois que le point de vue de M. Babinski était surtout le suivant : est-il possible, au milieu des états si variés des névroses, d'en reconnaître une variété qui soit accessible totalement à la thérapeutique persuasive ? Ce point de vue, je le répète, est uni-

quement pratique, et, encore une fois, ne doit pas comporter *à priori* d'interprétations pathogéniques.

Je crois d'ailleurs pour ma part que cette discrimination peut être faite sur la simple observation clinique, *sans faire intervenir les épreuves de production de symptômes par la suggestion,* épreuves qui comportent le grave inconvénient de déformer l'état clinique et qui peuvent donner lieu à divers malentendus.

On a beaucoup critiqué l'épreuve thérapeutique. Sa valeur pratique reste cependant grande. Sa signification est moins mystérieuse qu'elle ne paraît. Elle indique seulement que le trouble est léger, peu profond, et par conséquent modifiable. Entre le pithiatisme et les autres névroses et psychoses, il existe, certes, des transitions ; l'individualité du pithiatisme tient simplement au fait qu'il représente en quelque sorte l'aile extrême la plus légère de ce vaste territoire psycho-névropathique.

J'ai présenté récemment plusieurs malades très caractéristiques à cet égard à la dernière séance de la Société médico-psychologique (11 juillet 1935). J'ai montré entre autres deux malades atteintes de crises nerveuses de type pithiatique : la première avait des crises de catalepsie ; le matin, au réveil, elle se trouvait dans l'impossibilité de remuer, de bouger, elle était pétrifiée. Elle avait l'impression que sa volonté était comme suspendue. Mais s'il survenait à ce moment une cause d'invigoration, l'arrivée d'une personne étrangère, elle était soudain soulagée, et retrouvait la possibilité de se lever. L'autre malade avait des crises d'énervement. Une fois, elle vint me voir après un long voyage ; après m'avoir exposé qu'elle était très fatiguée, elle se jette soudain par terre, et présente une crise de gesticulations et d'énervement caractéristique. Que s'était-il passé ? Elle me l'a expliqué elle-même. Durant le voyage, elle sentait monter en elle-même l'énervement et le besoin de décharge. Elle lutta tant qu'elle put, afin de ne pas se livrer à des démonstrations en public. Mais une fois enfin devant son médecin, elle put se laisser aller aux décharges motrices qui devaient la soulager. De tels états impliquent donc une *fatigue ou une suspension des fonctions psychomotrices,* soit à titre d'initiation motrice, soit à titre de contrôle.

De telles crises peuvent aussi s'observer à titre symptomatique de psychoses graves, d'encéphalites, d'affections cérébrales diverses. Elles sont alors plus profondes, moins modifiables

et elles s'accompagnent d'atteintes plus pénétrantes du psychisme. Mais, bien entendu, entre tous ces états, il existe des transitions et les distinctions cliniques établies entre, par exemple, la crise de catalepsie hystérique, la crise de catalepsie catatonique, les crises symptomatiques d'affections cérébrales graves, correspondent en fait à de simples différences d'intensité des perturbations du système nerveux qui conditionnent toutes les crises.

M. G. Boschi. — L'orateur répond qu'au fond, il s'aperçoit que M. Baruk est presque d'accord avec lui.

M. Baruk aussi a observé qu'il faut nettement distinguer la question pathogénétique de la question clinique. Au point de vue pathogénétique, ce qui est essentiel, c'est que les manifestations hystériques sont susceptibles de disparaître complètement sous l'action d'un dynamisme idéatif.

Mais ce dynamisme idéatif résolutif — fait observer à son tour l'orateur — ne consiste pas toujours exclusivement dans une action contre-suggestive. L'Orateur se souvient d'un cas — à titre d'exemple — où la contre-suggestion n'aboutissait à rien ; et il fallut pratiquer de longues et laborieuses séances de véritable rééducation des mouvements. Evidemment — si l'on veut rester à la signification éthymologique du mot — il faut se servir d'un autre mot qui ne soit pas le mot de pithiatisme, qui prévoit l'action suggestive et non pas une asymbolie fonctionnelle et une correspondante action de rééducation.

Le dinitrophénol
dans le traitement des états dépressifs

par MM. les Drs Heernu et Vermeesch

Médecins-Adjoints à l'Institut de Psychiatrie de Bruxelles

Nous avons repris les observations faites à l'Institut, concernant le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol. Nous nous proposons de vous résumer les résultats obtenus, en dégageant des enseignements physiologiques que nous avons réunis, les possibilités que paraît nous offrir ce corps nouveau, venu dans notre arsenal thérapeutique.

Nous vous présenterons trois observations, déjà publiées, qui nous paraissent dessiner assez fidèlement trois éventualités et trois résultats différents du même traitement.

Observation 1. — Mme J., 60 ans.

Depuis l'âge de 26 ans, a fait plusieurs accès de mélancolie, au cours desquels elle ne parle plus, reste inerte, répond très lentement, d'une voix monotone, aux questions qu'on lui pose et ce d'une façon presqu'inintelligible. Accepte avec difficulté sa nourriture, est constipée, dort fort peu, ne manifeste aucune idée de suicide, profère de temps à autres quelques idées de ruine.

Entre au service le 20 décembre 1933. Est soumise au traitement à partir du 8 janvier 1934.

Le 9 janvier, paraît plus éveillée.

Le 11 janvier, appelle l'infirmière pour une autre malade, demande des lunettes pour lire le journal.

Le 13, sourit pour la première fois.

Le 14, se réjouit d'avoir reçu de la visite.

L'amélioration avance rapidement ; bientôt, la malade se lève, aime se mêler aux autres malades et s'occuper des soins du ménage.

Poids avant le traitement : 56 kgr. 800 ; après le traitement : 59 kgr. 200.

Obs. 2. — Mme D., 42 ans.

Hystérectomie totale en 1926. Est depuis obsédée par l'idée qu'elle a fait du mal, n'ose pas rester seule avec sa petite-fille, n'ose plus préparer les repas par crainte d'y incorporer du poison.

Emotive, pleure souvent, irritable, insomnique.

Mise au traitement le 18 mars 1934.

Dès le 21 se sent beaucoup mieux, plus calme, moins déprimée, sommeil meilleur.

Le 26 est euphorique, expansive, se sent, dit-elle, transformée. Après quelques jours de traitement, la malade présente de la diarrhée. La médication est suspendue. L'état dépressif se manifeste à nouveau. A la reprise du traitement, euphorie.

En raison de l'intolérance, la malade est soumise à quatre jours de traitement avec intervalles de repos de quatre jours. L'humeur suit exactement les variations du traitement.

Progressivement, l'état dépressif diminue, puis disparaît.

Obs. 3. — M. B., 19 ans.

Etudiant nerveux, hyperémotif, insomnique.

Prépare des examens, est pris la nuit quand il se réveille de préoccupations anxieuses hypocondriaques, a des idées obsédantes. Travaille mal, ne parvient pas à fixer son attention. Etudie au plus deux heures par jour. Traitement.

Est plus résistant à l'étude, parvient à fixer son attention avec fruit pendant 5 heures par jour.

Dans la suite, l'approche des examens exacerbe la nervosité et tout travail devient impossible malgré les calmants.

Si nous citons ces quelques observations, c'est parce que chacune d'entre elles fut pour nous l'occasion de constater l'exactitude de la description que donne Targowla des états mélancoliques, et la sensibilité de cet état à l'action thérapeutique du dinitrophénol, action à opposer au manque total d'effet de la drogue, sur l'appoint anxieux que nous retrouvons dans plusieurs cas.

Si nous examinons un mélancolique, nous trouverons un système neuro-végétatif faiblement, ou non irritable, particularité manifestée par la suppression du réflexe oculo-cardiaque et du réflexe solaire, par une susceptibilité très diminuée pour l'adrénaline en injection et par la lenteur des réactions provoquées par ce corps.

Ce qui est vrai pour l'adrénaline, l'est aussi pour le tartrate d'ergotamine, de pilocarpine, l'extrait thyroïdien. Ce manque

d'aptitude à réagir à ces diverses substances nous montre la cause de l'échec quasi-constant des thérapeutiques dont elles formaient la base.

Chez l'anxieux, au contraire, loin de trouver un système neuro-végétatif paresseux, nous découvrons une irritabilité et une irritation très grandes, se manifestant par du tremblement, des bouffées de chaleur, le pouls rapide et plein de l'hypertension artérielle, du point de vue pharmacodynamique par une sensibilité très grande à l'adrénaline, qui aux doses très minimes produit des réactions vives. Le tartrate d'ergotamine agit sur le sympathique en le calmant et soulage l'anxieux. L'insuline réduit l'irritabilité solaire et l'anxiété. L'extrait thyroïdien, au contraire, exagère les troubles.

Nous nous trouvons donc en face d'un déséquilibre profond du sympathique orienté, parfois vers l'amphotonie, mais le plus souvent vers la sympathicotonie.

Comme il était possible de le prévoir, le manque d'irritabilité sympathique chez le mélancolique se traduit par un abaissement de tous les chiffres lors des recherches manométriques, la pression maximale est abaissée, la minimale est normale, la tension différentielle est faible, l'indice est petit, mais les divers éléments sont stables.

Chez l'anxieux, au contraire, ces divers éléments habituellement augmentés, sont éminemment variables, tant spontanément qu'à l'occasion des différentes épreuves dynamiques et statiques.

Cette hypotension sanguine du mélancolique est accompagnée d'hypotension relative du liquide céphalo-rachidien ; la tension rétinienne, celle du globe oculaire, manifestait la même diminution.

Chez l'anxieux, ces différentes valeurs sont essentiellement mobiles d'un instant à l'autre.

Le métabolisme basal, le métabolisme de l'eau, changent peu ou sont légèrement augmentés chez l'anxieux.

Dans les états dépressifs, au contraire, nous enregistrons d'une manière constante leur diminution.

Il eût été étonnant que le métabolisme basal étant diminué chez le mélancolique, le métabolisme des H. de C. se soit montré normal. En effet, si nous constatons une glycémie normale, les épreuves de glycémie, par contre, sont toujours modifiées. La glycémie alimentaire se montre supérieure à la moyenne. La glycémie adrénalinique est nettement inférieure à la moyenne tandis qu'elle est chez l'anxieux exagérée.

A une glycémie physiologique normale répond chez le déprimé une glycorachie identique.

Chez le mélancolique, l'insuline se montre d'une manière constante dépourvue d'action.

Chez l'anxieux, elle provoque d'une manière habituelle une hypoglycémie.

En résumé, nous trouvons chez les déprimés un trouble grave des possibilités d'utilisation de leurs ressources hydrocarbonées et nous pouvons entrevoir comment le dinitrophénol, en réduisant cette difficulté, pourra sortir ses effets chez le mélancolique, tandis que chez l'anxieux il restera sans action.

En résumé, troubles neuro-végétatifs, troubles de la circulation, dynamiques et statiques, troubles des échanges, troubles enfin des fonctions et désintégration, de dépuration et de défense.

Les recherches faites à propos du dinitrophénol ont permis de déterminer qu'il agissait par augmentation du métabolisme de base. Cette augmentation se produit par l'élévation du taux des oxydations et se manifeste en cas d'intoxication par la hausse de la température.

Les expériences précises ont démontré qu'il s'agit d'un phénomène se déroulant au niveau de la cellule sans participation du système nerveux thermo-régulateur.

C'est cette particularité qui nous a fait utiliser le dinitrophénol dans le traitement des états dépressifs, dont la caractéristique est précisément ce ralentissement notable de la vie cellulaire.

Nous administrons le médicament sous forme de dragées glutinisées, dosées à 3 centigrammes de produit actif. Les doses sont régulièrement croissantes à partir de une dragée, jusqu'à autant de dragées que le malade a de fois 10 kg. de poids, l'administration se fait en une fois à la fin du repas principal. Cette façon de procéder permet de profiter d'une certaine accoutumance, qui se produit aux faibles doses et d'éviter les phénomènes d'idiosynérasie décrits par des auteurs américains pour des doses, disons-le aussitôt, beaucoup plus considérables que celles que nous avons coutume d'utiliser.

Nous n'avons pas rencontré d'inconvénients sévères, au plus un peu de diarrhée. La réduction des doses arrive dans ce cas à faire disparaître le phénomène.

Nous avons constaté que rapidement, si le traitement s'avère actif, le malade accuse une sensation nette de bien-être et son comportement change.

Tel qui restait de longues heures durant plongé dans une inertie, un mutisme indifférents, dont la conversation, la vie en commun et les petits problèmes qu'elle pose ne parvenaient ni à capter, ni à retenir l'attention, se met spontanément à parler, à rire, à s'occuper, prend des nouvelles des siens, demande des journaux. L'inactivité n'a pas fait place à cette suractivité que l'on pourrait obtenir par l'administration de médicaments nervins, mais à une activité raisonnable et de bon aloi.

Si le malade, comme l'exemple illustré par l'observ. n° 1, présente un état dépressif pur, l'amélioration sera notable, durable et rapide.

Si le malade, en plus de son état dépressif, présente un certain nombre d'idées délirantes, anxieuses ou obsédantes, son comportement variera certes, l'inertie se trouvera réduite, l'attention sera meilleure, mais le contenu de ses idées délirantes, anxieuses ou obsédantes, ne variera pas ou variera fort peu.

L'anxiété n'a jamais été influencée d'une manière heureuse.

Dans les états dépressifs, il existe vraisemblablement un trouble de la cœnesthésie générale, conditionné par le ralentissement des fonctions en entretenant l'état mélancolique.

Le dinitrophénol, en libérant de l'énergie, modifie la cœnesthésie, lève l'obstacle au pied duquel naissait le cercle vicieux détruit de trouble du comportement. La sensation cœnesthésique change, mais point la manière de penser erronément.

Il est possible, il est vraisemblable que parcourant un chemin inverse de celui parcouru pour se créer, s'établir, les idées anxieuses, délirantes ou obsédantes du déprimé, puissent céder à l'insistance d'un traitement assez long. Rien ne nous permet aujourd'hui de l'affirmer.

Le seul fait sur lequel nous désirions mettre l'accent, est celui que le dinitrophénol est une arme grâce à laquelle il nous est aujourd'hui possible d'agir sur la cœnesthésie générale en mobilisant de l'énergie cellulaire sans avoir à redouter, dans les cas envisagés, les inconvénients qui ont rendu impossible l'utilisation de l'extrait thyroïdien.

Et comme la rapide étude que nous en avons fait, semble classer les états dépressifs dans la classe des affections par troubles métaboliques et par la perception cœnesthésique des dits troubles, il nous paraît judicieux d'espérer des résultats constants dans les cas répondant à cette description.

Dr BARGUES (d'Agen). — Dès la première publication de M. Vermeylen et de ses collaborateurs, l'auteur a prescrit le dinitrophénol dans une dizaine de cas de dépression mélancolique. Il a prolongé l'administration du produit pendant plusieurs semaines, à doses croissantes, sans dépasser *pro die* une dragée pour 10 kg. de poids. Jamais il n'a été constaté d'accident. Dans deux cas, il a observé, chez des mélancoliques simples, une légère amélioration de l'activité.

Par ailleurs, résultat négatif, malgré un choix des sujets fait selon les principes indiqués par les initiateurs de la méthode. L'auteur se propose de poursuivre son expérimentation et de rapporter ultérieurement ses résultats.

Dr CODET (de Paris). — Il paraît intéressant, dans l'orientation de ses recherches, de discriminer autant que possible les cas où le dinitrophénol peut être efficace, soit pour apaiser la douleur morale primitive, soit pour réduire le poids. Il semble que ces deux indications aient des chances de coïncider, de préférence, chez les obèses du type ralenti inerte ; au contraire, elle semble moins recommandable chez les mélancoliques déjà maigres, chez les vagotoniques, chez les anxieux.

En tout cas, la marge de tolérance du produit semble assez large. J'ai observé une personne qui suivait une cure de dinitrophénol pour raisons d'esthétique. Par suite de son étourderie, elle avait mal lu le texte de l'ordonnance et prenait à chacun des trois repas la dose prescrite pour la journée. Ce n'est qu'au bout de trois semaines, alors qu'elle était enchantée du résultat pondéral, que se manifestèrent des malaises digestifs, de la diarrhée. Par là fut corrigée l'erreur qui semble montrer le peu de risques qu'il y a à expérimenter ce traitement, bien entendu aux doses normales.

Dr HAMEL (de Nancy). — Les résultats divergents obtenus par les auteurs et, d'autre part, par le Dr Bargues, peuvent, à mon avis, s'expliquer par la constatation que j'ai faite un très grand nombre de fois, dans les états anxieux, d'un métabolisme augmenté. La Réaction de Rottmann est en effet généralement hyperpositive chez ces malades. Au contraire, dans les états de dépression simple, le métabolisme de base est abaissé et le dinitrophénol peut, sans doute, activer la nutrition.

Effets remarquables de la prostigmine « Roche » dans le traitement de la myasthénie

par M. G. de Morsier (de Genève)

La découverte des effets remarquables de la prostigmine « Roche » dans le traitement de la myasthénie est toute récente. Elle date à peine de quelques mois. C'est pourquoi j'ai pensé qu'il serait utile de faire connaître les résultats que j'ai obtenu avec cette méthode ainsi que les doses qui se sont montrées pratiquement les plus efficaces.

La prostigmine « Roche » est une substance dont la constitution chimique se rapproche de celle de la Physiostigmine (Eserine). Elle a été obtenue par la synthèse de l'éther-sel de l'acide diméthylcarbaminique et du m. oxyphényltriméthylammoniumméthylsulfate.

$$\begin{array}{l} \qquad\qquad\qquad\qquad\qquad\quad CH_3 \\ \bigcirc - O - CO - N \!< \\ \qquad\qquad\qquad\qquad\qquad\quad CH_3 \\ | \\ N\,(CH_3)_3 \\ | \\ SO_4CH_3 \end{array}$$

On emploie une solution à 0,5 ‰ de cette substance. L'action de la Prostigmine sur le système végétatif est analogue à celle de l'Eserine, mais elle est dépourvue de toute toxicité sur le cœur.

La myasthénie est loin d'être une maladie rare. En l'espace de 4 ans, j'en ai observé 7 cas à Genève. Trois sont morts, dont un suicidé. Je n'ai pu en retrouver que deux sur les quatre autres. Voici, en résumé, les observations des deux malades, auxquelles le traitement à la Prostigmine a été appliqué :

Observation 1. — Raoul K., âgé de 20 ans. A l'âge de 8 ans, on remarque que ses paupières tombent, il maigrit et se met à bégayer.

A l'âge de 11 ans, la ptose augmente à l'œil gauche et il se plaint d'une très grande fatigabilité à la marche et de diplopie quand il est fatigué. Je le vois pour la première fois alors qu'il est âgé de 16 ans. La ptose est très prononcée. A droite, la paupière recouvre la moitié de l'iris, à gauche, les deux tiers supérieurs. La ptose augmente avec la fatigue. Il a de la peine à mastiquer et à parler quand il est fatigué. La réaction de Jolly est positive au biceps. En quatre minutes, la contraction au faradique cesse complètement. En 1933, après un traitement de plusieurs mois au cortigène, il présente un certain degré d'amélioration (le cas a été publié par Roch, Demole et Duchosal, comme amélioration d'un myasthénique par le cortigène). Lorsque je le revois en juin 1935, l'état est à peu près stationnaire depuis deux ans. La ptose existe toujours. La diplopie, la dysphagie et la dysarthrie apparaissent à la fatigue. Ses forces lui permettent de monter trois étages, après quoi, la fatigue est telle qu'il ne peut presque plus bouger les jambes. Il travaille dans un bureau. Il peut marcher à plat pendant une heure au maximum.

Après une injection intramusculaire de 5 cc. de prostigmine « Roche », il se sent miraculeusement transformé. La force musculaire est revenue ce qu'elle était avant sa maladie, il y a dix ans. Il peut monter rapidement et sans fatigue 25 étages. Il peut marcher pendant longtemps, courir, nager, faire de la gymnastique. L'action s'est faite sentir jusqu'au soir, soit pendant 10 heures environ. Pendant les premières heures, il a ressenti quelques troubles de la vue (vision trouble), et également une sorte de peine à parler. Le lendemain, il a eu quelques malaises avec nausées.

A cause de ces malaises secondaires, j'ai de suite diminué la dose à 3 cc. Avec cette dose, l'action sur la fonction musculaire a été tout aussi bonne et a duré pendant 10 heures. Le malade a pu faire une course de 3 heures à la montagne, sans aucune fatigue. Et *il n'a ressenti aucun malaise secondaire, ni pendant le temps de l'injection, ni après.* J'ai alors essayé avec 2 cc. L'effet s'est montré variable, suivant les jours. Un jour, l'effet a été aussi intense et prolongé qu'avec 3 cc. Le malade a fait sans fatigue et sans transpirer une course de 20 km. à bicyclette. Un autre jour, la même dose est sans action. Parti pour faire une course à bicyclette, il doit rentrer très fatigué au bout de quelques minutes. La dose de 1 cc. n'a eu qu'un effet très faible et très passager. Il faut noter que le médicament, même à dose forte (5 cc.), n'a donné aucun trouble des fonctions digestives (ni diarrhées, ni coliques, ni augmentation de la fréquence des selles). Le pouls et la pression artérielle ne sont pas modifiés de façon appréciable. Le sommeil n'est pas influencé. Notre malade continue à essayer l'action de doses variant de 2 à 3 cc., prises quotidiennement. Il semble, jus-

qu'à présent, résulter de nos observations que c'est vers 3 cc. que se trouve la quantité nécessaire à rétablir la fonction musculaire sans produire de malaises secondaires pour un adulte de poids moyen (70 kgr.). En quatre semaines, il n'y a pas eu d'accoutumance. Le malade ne peut plus se passer de sa piqûre quotidienne, mais, si on la supprime, il n'en ressent aucun malaise.

Obs. 2. — Renée G., âgée de 23 ans. En été 1933, elle éprouve de la difficulté à ouvrir les yeux et voit double, surtout le soir quand elle est fatiguée. Puis, dans les mois qui suivent, difficulté toujours plus grande à marcher et à mastiquer. La fatigue musculaire est telle qu'il lui est arrivé de tomber au bout de quelques minutes de marche. Elle doit abandonner son métier de domestique. Elle souffre de douleurs céphaliques, fronto-orbitaires. Je la vois en mars 1934. La ptose est bilatérale, plus forte à gauche. La réaction de Jolly est légèrement positive. L'inexcitabilité au courant faradique se produit en six minutes au niveau du biceps. Les essais de traitement au glycorolle, à l'éphétonine, au cortigène, à la strychnine, échouent complètement.

Je la revois en juin 1935. L'état est à peu près stationnaire. La ptose existe toujours, ainsi que la diplopie, la dysphagie et la dysarthrie après fatigue. Elle se fatigue très vite à la marche et surtout en montant (arrive à monter cinq étages, mais avec une fatigue extrême).

Après injection de 3 cc. de prostigmine, la force musculaire revient comme avant la maladie. Elle peut marcher plusieurs heures et monter neuf étages sans aucune fatigue. L'effet a duré pendant huit heures environ. La seconde injection (2 cc.) produit un excellent effet musculaire, mais moins long (4 à 5 heures). Elle amène, en outre, un peu de malaises dans la tête avec sensation de vertiges, une demi-heure après l'injection. L'injection de 1 cc. n'amène aucun effet quelconque. Les doses de 2 et 3 cc. répétées les jours suivants amènent régulièrement le réablissement complet de la fonction musculaire, mais également une sensation vertigineuse durant 1/2 heure à 1 heure après l'injection. Ces malaises, qui n'ont pas apparu la première fois, sont-ils passagers ou traduisent-ils une idiosyncrasie ? C'est ce que la suite de l'expérimentation viendra peut-être élucider.

Nous avons pu mettre en évidence également, non seulement la valeur thérapeutique de la prostigmine, mais encore sa valeur en tant qu'élément de diagnostic différentiel. Parmi nos cas, s'en trouvait un pour lequel le diagnostic hésitait entre myasthénie et ophtalmoplégie nucléaire progressive. Il s'agit d'une femme de 34 ans, présentant depuis l'âge de 14 ans

une ptose bilatérale avec paralysie de la III[e] paire et qui se plaignait également de dysphagie à la fatigue et fatigabilité musculaire rapide. Les injections de prostigmine n'ont eu aucun effet sur la force musculaire et n'ont amené que des malaises, quelle que soit la dose employée. Il ne s'agit certainement pas de myasthénie.

Il n'entre pas dans le cadre de cette communication de discuter le mécanisme d'action de la prostigmine « Roche », ni la pathogénie de la maladie. L'un et l'autre sont encore inconnus et on est réduit à formuler des hypothèses non encore contrôlées. Nul doute qu'au point de vue théorique, cette découverte ne stimule les recherches sur la pathogénie de la myasthénie.

Notre but est d'attirer l'attention de tous les neurologistes sur les effets remarquables, presque miraculeux, de la prostigmine dans le traitement de la myasthénie. Nous venons d'en apporter deux nouvelles preuves.

Prof. Roger (de Marseille), ne croit pas que la myasthénie soit une affection aussi fréquente qu'il semblerait résulter de la communication de M. de Morsier.

Il se propose d'étudier l'action de la prostigmine dans un cas de paralysie périodique familial qu'il est en train d'observer.

La vagotonine dans les états anxieux

par MM. P. Gardien et M.-P. Gardien-Jourd'heuil

Depuis deux ans et à la suite des premiers essais effectués dans ce sens par M. le professeur P. Combemale et le Dr Deschildre, nous avons tenté, de notre côté, de traiter les états anxieux par la vagotonine.

Nos premières recherches furent effectuées et publiées en collaboration avec MM. les Drs Desruelles et P. Léculier, puis avec M. le Dr P. Castin.

Par la suite, nous avons poursuivi l'application de cette thérapeutique et de nouvelles observations ont confirmé les résultats obtenus antérieurement.

Enfin, plusieurs auteurs, ayant tenté des essais analogues, ont publié ou nous ont communiqué les résultats de leurs observations, dont la plupart confirment les faits que nous avons remarqués. Toutes ces observations ont fait l'objet de la thèse de l'un de nous et nous avons pensé qu'il était intéressant d'insister sur les particularités de cette thérapeutique et sur les effets satisfaisants obtenus.

Nous nous sommes adressés systématiquement à tous les états anxieux que nous avons pu observer. Nous avons noté les effets du traitement, à la fois sur l'état mental, sur l'état général et sur le système organo-végétatif des malades, nous adressant pour ces dernières constatations au réflexe solaire pour le système sympathique, au réflexe oculo-cardiaque pour le système parasympathique, réflexes que nous avons toujours enregistrés au polygraphe de Boulitte, avant et après le traitement et, pendant celui-ci, à peu près chaque jour.

Il serait trop long d'exposer ici le détail de nos observations, aussi nous bornerons-nous à résumer nos *résultats, les principales indications du traitement, les précautions* qui nous ont semblé devoir être prises.

Parmi les 41 malades anxieux que nous avons traités, la plupart étaient des mélancoliques, les uns, peu nombreux d'ailleurs, présentant de l'affaiblissement intellectuel en rap-

port avec la sénilité ou la présénilité, les autres, en nombre moindre encore, appartenant au cadre de la psychose maniaque dépressive ; la plupart, enfin, présentant des symptômes d'hyperémotivité constitutionnelle et chez lesquels les accès mélancoliques paraissaient en rapport avec une hérédité chargée, avec des traumatismes affectifs multiples ou violents, avec du surmenage, des privations, la ménopause, ou enfin, il faut bien le dire, sans cause apparente.

Nous avons observé également, mais en très petit nombre, des accès d'anxiété survenus au cours ou au début de délires systématisés hallucinatoires, au début de la démence précoce, dans des états confusionnels, dont un d'origine alcoolique.



L'examen de nos observations montre que sur 41 malades traités, dans 17 cas, nous avons obtenu, soit une amélioration indiscutable, soit la guérison de l'état anxieux, et même la guérison de la psychose permettant la sortie des malades ; notons d'ailleurs que chez un certain nombre de ces 17 malades, la guérison définitive ne fut obtenue qu'après plusieurs traitements espacés, chacun ayant eu pour résultat, soit une amélioration notable, soit la guérison, mais suivie de rechute. Il est remarquable que chez un même malade les traitements successifs par la vagotonine ont toujours eu des effets à peu près identiques ; ainsi, chaque fois qu'un anxieux, favorablement influencé une première fois par la vagotonine, fit une rechute, les traitements suivants se sont montrés également efficaces et ont amené parfois la guérison complète ; une seule fois nous avons administré à deux reprises la vagotonine chez une malade qui n'avait nullement bénéficié du premier traitement, le second fut également inefficace.

Par contre, chez les autres malades, soit 24 sur 41, le traitement par la vagotonine n'a entraîné, au point de vue mental, que des résultats passagers, ou bien n'a produit aucune modification. Parmi ces 24 cas, nous notons : 6 cas dans lesquels le traitement a provoqué, soit une action favorable mais non durable sur l'état mental, soit une amélioration importante de l'état général ; 1 cas pour lequel, malgré une amélioration nette au début du traitement, celui-ci a dû être interrompu par suite de légers incidents d'ordre anaphylactique ; 3 cas pour lesquels l'échec peut être attribué, soit à l'insuf-

fisance des doses de vagotonine employée, soit à la trop courte durée du traitement (6 à 8 ampoules à 20 mmgr., car, au début, nous ne disposions que de petites quantités de vagotonine).

Pour les 14 autres malades, il y a tout lieu de penser que les échecs sont dus à ce que les formes d'anxiété qu'ils présentaient ne relèvent pas du traitement par la vagotonine. Parmi eux, on note : 7 malades atteints de mélancolie sénile ou présénile avec affaiblissement intellectuel : on conçoit que, dans ces cas, une thérapeutique agissant par la régulation fonctionnelle du système organo-végétatif n'ait pu entraîner de bons résultats ; 1 cas de confusion mentale rapidement compliquée de tuberculose pulmonaire ; 1 cas de psychose maniaque dépressive, chez lequel un accès de manie a débuté, après quelques injections ; deux états anxieux avec tuberculose concomitante ; un cas avec cancer utérin ; un cas d'insuffisance hépato-rénale ; un cas de néphrite chronique.

Notons en outre que parmi ces malades : 1° dans deux cas seulement, la vagotonine ne semble pas avoir provoqué de modifications importantes de l'activité fonctionnelle du système organo-végétatif ; 2° chez plusieurs malades qui ont été sevrées de médications à base d'opium et de bromure, brusquement et probablement trop peu de temps avant le début du traitement, il est possible d'attribuer certains échecs tout au moins, à l'intensité du déséquilibre neuro-végétatif provoqué par le sevrage ou encore au bloquage toxique du système organo-végétatif qui n'a pu répondre à l'hormone régulatrice. 3° On rencontre un certain nombre de chroniques internés depuis plusieurs années et chez lesquels les troubles mentaux remontent à une époque assez lointaine. Les résultats favorables seraient certainement plus nombreux si la thérapeutique s'adressait à des malades récemment atteints ou peu atteints, des malades de clientèle par exemple, au lieu de s'attaquer à des délirants chroniques qui se sont, en quelque sorte, cristallisés dans leur attitude anxieuse.

Dans toute une série de cas, nous avons obtenu, soit une amélioration remarquable de l'état anxieux, soit la sédation totale de l'anxiété et même la guérison de la psychose permettant la sortie des malades.

L'examen clinique et biologique de ces malades, montre qu'ils présentaient, pour la plupart, les signes physiques et psychiques de l'hyperémotivité constitutionnelle de Dupré,

avec un syndrome d'hypersympathicotonie traduit par un réflexe solaire fortement positif, avec généralement de l'hypovagotonie traduite par un réflexe oculo-cardiaque nul ou très faible.

Chez ces malades, l'administration de vagotonine a provoqué la diminution nette de l'hyperexcitabilité sympathique traduite par la diminution ou même l'abolition du réflexe solaire ; parallèlement, nous avons observé, dans la plupart des cas, l'augmentation du réflexe oculo-cardiaque.

Il semble donc permis d'établir une corrélation entre la modification de l'éréthisme sympathique et la sédation de l'état anxieux.

La vagotonine ne paraît pas agir, en effet, sur le facteur intellectuel de la psychose, mais sur le facteur éréthisme sympathique qui conditionne l'intensité des manifestations émotionnelles ; toutefois, dans certaines psychopathies où l'on admet l'existence de troubles profonds de la cénesthésie, il est permis de penser que la régulation fonctionnelle du système organo-végétatif est capable d'apporter des modifications à certaines idées délirantes ; c'est pourquoi il nous paraît intéressant de souligner les améliorations obtenues dans 4 cas, et même la guérison complète pour 2 cas, où des troubles de la cénesthésie peuvent être invoqués : un syndrome de Cotard, un cas d'anxiété avec idées délirantes hypocondriaques, des idées de négation chez une hypocondriaque périodique, une cénesthopathe hypocondriaque.

Il est probable que ces résultats sont dûs à l'action physiologique très profonde de la vagotonine ; les travaux du professeur D. Santenoise ont, en effet, établi, que cette action s'exerce non seulement au niveau des divers étages des appareils neuro-organiques du système végétatif (diminution du tonus et de l'excitabilité sympathiques, augmentation du tonus et de l'excitabilité parasympathiques), mais encore qu'elle modifie considérablement l'état physico-chimique du milieu humoral et en particulier les équilibres ioniques de ses constituants (élévation du *p*H, diminution de la réserve alcaline, diminution du calcium, augmentation du potassium, diminution légère de la glycémie et accroissement de la capacité respiratoire du sang).

Par l'intermédiaire de ces modifications du milieu humoral, la vagotonine crée des conditions telles que, d'une part, l'adrénaline se montre moins efficace et que, d'autre part, l'efficacité de l'acétylcholine se trouve augmentée.

La vagotonine paraît donc donner des résultats particulièrement nets dans les formes d'anxiété où l'état mental se caractérise par de l'hyperémotivité et où l'on observe de l'hypersympathicotonie avec généralement de l'hypovagotonie.

Nous avons observé en outre d'heureux effets sur l'état général des malades, augmentation de l'appétit, du poids, amélioration du sommeil, régularisation des fonctions évacuatrices intestinales, sensation de bien-être, réapparition des règles, etc...

Dans certains cas d'anxiété avec hypertension, nous avons vu la pression artérielle diminuer notablement ; nous avons noté assez fréquemment un ralentissement du rythme cardiaque.

Nous avons observé, au cours de nos traitements, quelques incidents (des érythèmes), surtout dûs à ce que nous avons utilisé des vagotonines fabriquées depuis un certain temps.

Ces faits sont de plus en plus rares, et on peut les éviter totalement en observant les précautions suivantes :

Pratiquer des injections intra-musculaires ; n'utiliser que des vagotonines suffisamment purifiées et fraîches, préparées depuis moins de 2 ans ; surveiller les fonctions digestives et d'assimilation des malades, et être prudent en cas d'insuffisance hépatique ; proscrire du régime tout médicament, tout aliment susceptible de provoquer un choc anaphylactique ; administrer la vagotonine progressivement, avant les repas, et en commençant par 20 mmgr. quotidiens.

Comme l'ont indiqué Bernal, Mme Houillon et Bayracdar, il est préférable de ne pas prescrire la vagotonine chez les vieillards, et en particulier les sujets athéromateux, chez les malades qui présentent une insuffisance cardiaque avérée, enfin chez les malades atteints d'affections organiques du système nerveux, en particulier s'ils sont sujets aux ictus par hémorragie ou ramollissement cérébral.

En résumé : la vagotonine semble particulièrement indiquée chez les anxieux hyperémotifs, qui présentent un syndrome sympathicotonique avec réflexe solaire fortement positif, et chez ceux qui, en outre, sont atteints de troubles fonctionnels relevant du rôle de régulateur physiologique de cette hormone, tels que les hypertensions oscillantes et variables, mal supportées, certaines tachycardies avec palpitation, douleurs angineuses précordiales, certains cas de mauvais état général avec amaigrissement, hyperglycémie, anémie.

Dr Dublineau (d'Armentières). — Dans une communication antérieure avec M. le Professeur Claude (*Ann. méd.-psychol.*, octobre 1932), nous avions insisté sur la dissociation fréquente dans les résultats entre l'état anxieux (ou confus-anxieux) qui cédait en effet à la vagotonine et le délire qui résistait au traitement. Les faits qui viennent d'être exposés confirment, en les complétant sur une plus grande échelle, les quelques faits que nous avions exposés à l'époque.

Dr Folly (d'Auxerre). — La vagotonine s'ajoute aux innombrables thérapeutiques préconisées contre l'anxiété, et à ce propos, elle doit être accueillie avec intérêt par les psychiatres. Il rappelle l'histoire d'une grande anxieuse qui fut guérie par deux traitements très différents : la première fois, par un choc au propidon ; la seconde fois, par des injections d'extrait hépatique, indiquées en raison de l'état d'insuffisance hépatique de la malade.

Ceci montre qu'il n'y a encore aucune thérapeutique spécifique de l'anxiété, qui ressortit d'ailleurs à des causes très différentes, que le clinicien doit s'attacher à découvrir.

Professeur Combemale (de Lille). — Remercie le Dr Gardien d'avoir signalé, par scrupule historique, la thèse de son élève Deschildre, qui n'avait qu'effleuré dans son travail l'action de la vagotonine dans l'anxiété. Il est intéressant de connaître que le psychiatre tient, dans la vagotonine, une substance hormonale susceptible d'apporter des effets thérapeutiques utiles, curateurs souvent. Elle ajoute à la courte liste des médicaments anti-anxieux, dont l'action semble se faire en atteignant un mécanisme psycho-physiopathologique : nous connaissons, parmi eux, l'hyposulfite de magnésium dont les résultats dans l'anxiété sont parfois remarquables, parfois nuls, sans que mon élève Capelle ait pu en trouver la raison. J'ai noté que l'anxiété, survenant chez un malade hypertendu, était habituellement favorablement influencée, par la vagotonine injectée avec persévérance, l'amélioration psychique accompagnant le retour progressif de la pression artérielle vers une hauteur plus normale.

L'insulinothérapie dans la démence précoce

par M. le Dr Ch. ANDERSEN (Anvers)

L'effet sédatif des injections d'insuline a été décrit pour la première fois en 1924, par Wuth, de Munich.

C'est à Sakel que revient le mérite d'avoir tiré un parti raisonné de cette propriété et d'en avoir énoncé la première théorie. Depuis 1930, il applique l'insulinothérapie à toutes les cures de désintoxication, avec un succès pratiquement constant. Son exemple a été suivi en Europe Centrale : Schaffer, Sekt, Ugol, Kurijaca, Benedek ont confirmé ses résultats.

Sakel supprime la morphine, d'un coup, aux toxicomanes qu'il traite. Il leur injecte aussitôt de l'insuline. Cette injection se fait à jeûn et n'est suivie d'aucun repas. La dose est déterminée par tâtonnement, elle varie de 30 à 120 unités par jour, en trois injections. Le malade, excité par l'état de besoin, s'apaise au bout d'une heure, délai normal d'action de l'insuline. La diarrhée, les sueurs, les vomissements s'arrêtent ; le malade s'endort et se réveille paisiblement. Les phénomènes d'hypoglycémie qui peuvent se présenter sont la faim, et un léger tremblement. Ce n'est que dans ce cas que l'on sert un repas au malade.

La dose d'insuline à fournir est le facteur essentiel du traitement. Une dose insuffisante n'arrête en rien les manifestations du besoin morphinique. On a constaté que la dose est proportionnelle aux doses de morphine qu'employait le malade. Cette dose doit être diminuée au cours du traitement. Pour une même quantité d'insuline, les phénomènes d'hypoglycémie n'apparaîtront que lorsque le malade sera amélioré. Tout se passe donc comme si l'insuline se substituait à la morphine, dans l'intimité même du tissu nerveux.

Sakel a émis une théorie séduisante de ce mécanisme. Il rappelle que l'état de besoin (la « Sucht ») du morphinomane présente les mêmes symptômes que l'hyperthyroïdie : sueurs, tachycardie, insomnie. Comme dans ce syndrome, ils seraient

dûs à une hypersensibilité du système végétatif aux excitations sympathiques et aux substances sympathicomimétiques.

La morphine aurait pour effet de combattre cette réceptivité. Elle saturerait en quelque sorte les valences des cellules nerveuses de la vie végétative, valence qui, normalement, sert d'impact à l'excitation des hormones sympathiques. Chez le morphinomane, ces valences se multiplient pour conserver aux cellules leur irritabilité propre. Le malade augmente ses doses au fur et à mesure pour saturer le nombre sans cesse croissant de valences sympathicotropes. En sevrant le malade, on libère toutes les valences saturées jusqu'alors par la morphine, et toutes appellent aussitôt les substances sympathicotoniques qui provoquent l'hyperexcitation du système végétatif, donc l'état de besoin. L'insuline, au contraire, a un effet vagotonique et contrebalance cette excitation. Ou bien, elle sature moléculairement les valences libérées, ou bien elle provoque un appel d'adrénaline vers le sang pour rétablir l'équilibre glycémique et décongestionne d'autant les cellules nerveuses. Celles-ci, n'étant plus assiégées par la morphine, récupèrent leur potentiel normal à l'abri de cette barrière insulinique.

Evidemment, au cours de ce traitement, il peut se produire des crises d'hypoglycémie. Elles n'offrent aucun danger, on y remédie facilement. Durant ces états d'hypoglycémie, on constate des modifications notables dans le psychisme des individus, et dans leur caractère. Cette constatation a amené Sakel à provoquer délibérément des états hypoglycémiques dans les troubles essentiels de la conscience, et avant tout, dans les troubles essentiels de l'activité psychique, autrement dit, chez les schizophrènes.

Il est intéressant de noter, en passant, que la schizophrénie représente, schématiquement du moins, l'état sympathicotonique exagéré. Nous pourrons donc rattacher l'effet de l'insuline chez lui, à la théorie hormonale que je viens d'esquisser.

Depuis quelques années déjà, on administrait de l'insuline aux schizophrènes. On s'efforçait de leur faire reprendre du poids, on espérait rétablir chez eux l'équilibre du métabolisme de l'eau, on tentait par là aussi, de vaincre leur refus d'aliments, par un appétit augmenté. Mais toujours, on évitait soigneusement tout symptôme d'hypoglycémie.

La thérapeutique, que je vous propose aujourd'hui, diffère radicalement de ces essais. Nous tâchons, au contraire, de provoquer chez le malade, un état d'hypoglycémie ; nous provo-

quons un choc, et laissons survenir le coma. Nous maintenons le malade un certain temps dans le coma, et le laissons revenir à lui, aussi lentement que possible.

Le traitement comprend quatre phases :

Dans une première période, nous injectons des doses moyennes d'insuline, 10 à 30 unités, trois fois par jour, à jeûn, sans apport alimentaire consécutif. Les repas ne sont servis que deux heures après l'injection. Cette cure apaise les malades agités, et nous avons constaté des rémissions rapides dans certains états schizophréniques peu graves, avec mutisme, paresse alimentaire, hébétude.

Dans la seconde phase, on provoque des chocs hypoglycémiques vrais. On injecte des doses croissantes, jusqu'à trois fois 60, 80 ou 100 unités. Dans l'heure qui suit, on note une sécrétion sudorale visqueuse abondante, puis une somnolence croissante durant laquelle on perd petit à petit contact avec le malade, qui s'enfonce insensiblement dans un coma total. Parfois, il arrive que le malade traverse des crises convulsives violentes, des attaques pseudo-épileptiques, qui peuvent obliger à l'interruption du choc. Pendant le choc normal, on voit disparaître successivement l'excitabilité, la sensibilité, les réflexes normaux. Apparaissent alors des réflexes pathologiques (Babinski, Oppenheim), qui s'effacent à leur tour, laissant le malade en aréflexie totale, avec relâchement musculaire complet. La respiration ralentit et le pouls devient bradycardique. A ce moment, on donne, par la sonde ou par injection, une solution de glucose au malade. En cas d'alarme, l'injection intra-veineuse peut s'imposer, accompagnée ou non d'adrénaline, ce qui fait cesser le coma presque instantanément.

Au réveil, on voit se reproduire, en sens inverse, les phénomènes qui ont marqué le début du coma. La conscience revient petit à petit et, en dernier lieu, la parole. Le malade, au réveil, parle en général avec volubilité, il se plaint de sensations de froid, de faim. C'est le moment de lucidité maxima : on dirait qu'il a dépouillé son enveloppe schizophrénique.

Ces chocs sont répétés pendant plusieurs jours.

La troisième phase consiste à mettre le malade au repos, avec une dose minime d'insuline, qui ne provoque en rien l'hypoglycémie.

Si les résultats favorables notés pendant la 2e phase perdurent pendant le repos, on passe à la quatrième phase. On reproduit, pendant une semaine ou deux, des états hypoglycé-

miques qui ne vont pas jusqu'au choc. Cette méthode permettrait d'obtenir une polarisation définitive des changements qui se sont opérés dans le psychisme.

L'élément essentiel de cette thérapeutique est le choc hypoglycémique, qui précède l'installation du coma. Ses manifestations essentielles sont la pâleur, la crise de sudation, l'accélération du pouls, une période plus ou moins importante d'agitation avec mouvements convulsifs. Le chiffre de la glycémie ne permet pas de se rendre un compte exact de l'intensité de cette réaction. On constate, de façon générale, qu'il ne s'abaisse jamais en dessous de 0,4. Il se peut, évidemment, que le glucose intercellulaire continue à baisser. Le choc peut apparaître en dessous de 0,6, certains malades se rapprochent de 0,4 sans même présenter un symptôme d'hypoglycémie. L'accélération du pouls, l'élévation de la tension artérielle, probablement suscitée par une auto-régulation adrénalinique, donne des indications plus exactes sur le développement de la crise. L'apparition des phénomènes de choc semble dûe plutôt à une modification de l'équilibre acide-base, dans le sens basique. La diminution de la glycémie, ralentissant toutes les combustions, provoque évidemment une certaine alcalose du sujet. D'ailleurs, l'intensité du choc et des phénomènes convulsifs qui l'accompagnent n'ont aucune influence sur le résultat de la médication. Au contraire, les chocs violents qui doivent être interrompus tôt ne sont, de loin, pas aussi efficaces que les crises lentes à réactions minimes, qui peuvent être prolongées. On a l'impression que l'intérêt de la méthode réside dans l'hypoglycémie simple avec somnolence et coma.

Le réveil de la crise présente une série de phénomènes du plus haut intérêt. On assiste, en quelque sorte, à une réintégration de l'individu ; il semble qu'on puisse suivre le développement phylogénétique des différentes fonctions cérébrales. Réapparaissent d'abord, les réflexes pathologiques, puis les réflexes normaux. Les centres moteurs et sensibles redeviennent excitables ; ensuite, les excitations sont ressenties par le patient qui y répond mécaniquement, sans qu'il en comprenne la signification. En tout dernier lieu, la parole et la compréhension du langage lui sont rendues. Les transitions sont lentes ; ce réveil dure une vingtaine de minutes.

Bénédek, qui a eu la bonne fortune de traiter de cette manière des patients cultivés, a pu leur faire expliquer les sensations éprouvées pendant le retour de la conscience et noter

les impressions qu'ils donnent d'eux-mêmes pendant la période crépusculaire. Il a constaté, à ce moment, des changements notables dans la perception visuelle : dissociation des images et des mouvements, abolition de la perception du relief, dysmorphopsie et une hyperacousie, tous phénomènes qui rappellent la crise d'intoxication par le peyotl.

Il n'est pas étonnant que cette intervention massive dans le psychisme de l'individu provoque un choc dans son comportement. Au sortir du choc insulinique, le malade retrouve une lucidité accrue. Le schizophrénique parle, explique souvent, d'une façon volubile, les impressions qu'il a ressenties. Au début, cette lucidité n'est que temporaire. Petit à petit, la période de lucidité s'étend et il devient possible de garder le contact avec le malade.

Je ne veux pas encore vous communiquer les résultats que mon ami Dellaert et moi-même avons obtenus au service de psychiatrie de l'hôpital Stuyvenberg, à Anvers. Nos cas sont peu nombreux et nous n'avons pas le recul nécessaire pour confirmer notre impression, qui est favorable. Dans les démences profondes, avec catatonie, il ne semble pas qu'on puisse parler de guérison. Mais les cas moins avancés, les schizophrénies simples, ont été, dans tous les cas essayés, favorablement modifiés, et nous connaissons des cas de guérison effective. La statistique de Sakel indique 70 % de guérison effective, une amélioration sensible dans presque tous les autres cas.

Quel peut être le mécanisme de cette action ? L'insulinothérapie met en branle des réactions évidemment très complexes. L'hypoglycémie prolongée diminue toutes les combustions organiques et semble inhiber principalement toutes les activités nerveuses. Le coma insulinique bloque, en quelque sorte, toutes les fonctions psychiques. On assiste à une sidération véritable de tous les centres supérieurs. D'autre part, l'antagonisme insuline-adrénaline provoque quasi l'arrêt de l'influx sympathique. Pendant le choc, le malade se trouve maintenu dans un état vagotonique prolongé.

Le choc supprimerait toutes les relations extérieures des centres nerveux, et leurs possibilités réactionnelles aux influx normaux ou pathologiques.

Quoi qu'il en soit, le choc insulinique réveille le schizophrénique. Est-ce purement une modification du métabolisme, une désintoxication, par l'excitation des fonctions hépatiques ?

Est-ce l'arrêt de l'imprégnation sympathique, le changement du tonus végétatif de l'individu ?

Est-ce la réaction des cellules nerveuses, après l'arrêt prolongé de leur métabolisme ?

Ces hypothèses ne s'appuient pas encore sur des données chimiques et anatomiques qui permettent de les défendre.

Il m'a semblé intéressant, tout simplement, d'attirer votre attention sur l'efficacité des chocs insuliniques et sur l'innocuité parfaite de cette médication.

BIBLIOGRAPHIE

SAKEL. — Theorie der Sucht. *Ztschr. f. Ges. Neur. u. Psych.*, 1930.

— Neue Behandlung der Morphinsucht. *Ibid.*, 1933, 143.

— Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. *M. Perles. Wien.*, 1935.

BENEDEK. — *Insulin Schok Wirkung auf die Wahrnehmung.* Karger, Berlin, 1935.

STECK. — Insulin wirkung bei psychotische Erregungszustände. *Verh. Schweiz. Naturfor.*, 1932, 441.

BERZE. — Insulin Schok Behandlung der Schizophrenie. *Wien. Med. W. Schr.*, 1933, II.

KLEMPERER et WEISZMANN. — Zuckergehalt des Liquors. *Zeitsch. Neur. u. Psych.*, 1931, 131.

SCHAFFER. — *Neue Behandlung der Morphium entziehung*, Budapest, 1933.

M. DUBLINEAU (d'Armentières). — L'hyperglycémie a pu être observée d'une façon prolongée dans des états de déséquilibre vagosympathique intense. Mme Divan, dans une thèse effectuée à la Clinique du Professeur Claude et inspirée par nous, a rapporté en particulier plusieurs cas d'états anxieux. Dans un de ces cas, a été observé le retour à une glycémie normale sous l'influence du traitement, l'état psychique demeurant stationnaire en dépit de cette amélioration biologique.

Le rôle de l'autorité dans la vie de l'enfant

par M. A. Groeneveld (d'Amsterdam)

Lorsqu'une personne qui ne sait pas nager est tombée à la mer, elle se sent tout d'un coup, infime créature, livrée sans merci à la puissante autorité de la nature ; l'océan représente pour elle, à ce moment, une autorité absolue. N'importe la puissance dont elle a pu disposer auparavant : à l'instant de la chute, tout pouvoir l'abandonne pour passer aux éléments de la nature environnante.

Cet exemple de l' « être infiniment petit » peut être, bien mieux encore, appliqué à l'enfant, quand on s'imagine sa faiblesse, son ignorance et son insouciance au sein de la vie toute puissante.

En principe, notre existence, comme telle, est autoritaire, c'est-à-dire qu'elle nous force à reconnaître, en dernier ressort, des forces autoritaires de toutes sortes. L'homme le plus puissant est incapable de supprimer, par exemple, la nécessité du sommeil et ne pourrait continuer tout simplement, sans répit, à travailler nuit et jour. Il lui faut bien, pour arriver à quelque chose, tenir compte des plus élémentaires exigences de la vie. Il arrive que l'enfant, dans ses moments d'élan et de confiance en soi, puisse méconnaître ces autoritaires exigences de la vie, pensant alors que tout rapport de co-existence et de dépendance est celui d'une servile infériorité. Cette tendance à la liberté est, pour ainsi dire, l'extrême opposé à une autre tendance qui pousse inconsciemment l'enfant à une soumission d'esclave. C'est son côté masochique. On pourrait appeler cette dernière la tendance de l'enfant pour l'autorité, ce qui veut dire que, dans ce cas, l'enfant pense (par suite d'une trop grande modestie) que les véritables normes et lignes de conduite ne sauraient exister ailleurs que dans le monde extérieur et, de préférence, toutes réunies en une autorité unique, convergente : c'est ainsi que l'enfant est ballotté, d'une part, entre un dangereux désir de liberté, et, d'autre part, un besoin d'autorité

qui n'est pas sans inconvénient pour le développement de la personnalité. Toutefois, la connaissance de la nature psychique fondamentale de l'enfant, projette immédiatement une vive lumière sur tout ce qui se rapporte au sujet que nous traitons.

L'enfant, autant que le fond primitif de l'adulte, abrite une tendance « *homotropique* », qui veut transformer (fusionner, fondre), toute réalité en un champ homogène (voir, par exemple, le conte de fées : « Le pays de Cocagne »), tendance homotropique inconsciente qui doit être nettement distinguée d'une tendance consciente à favoriser l'unité. L'homogénéité est une fiction barbare de pureté non irréalisable, l'unité est un but qu'on peut atteindre de plus en plus en élaborant, d'une façon hétérogène, la situation, qui, elle-même, est également de structure hétérogène.

Nous pourrions dire que la tendance de tout être humain à vivre en homogénéité en soi-même et avec les autres, afin d'être « pur » (sans mélange et sans conflits intérieurs) d'inclinations et de dispositions, est une fiction barbare et que, bien plutôt, l'aspiration à l'unité hétérogène, l'impureté (le mélange) de sentiments et d'aspirations appartiennent à l'essence des individus non primitifs et plus mûrs. En d'autres termes : l'homogénéité de la masse (et de l'enfant) n'est encore que le début barbare de l'unité croissante de la communauté et de la personnalité mûre.

Ceci a une importante signification quant à la connaissance de la vie intime de l'enfant et la compréhension des sévérités auxquelles en viennent les parents. Les parents, inconsciemment, ne cherchent souvent qu'à atteindre une situation homogène (obéissance absolue) entre le parent et l'enfant.

L'enfant, à son tour, fonctionne trop rapidement comme matière pétrissable à tendance homotropique, c'est-à-dire cherchant inconsciemment à s'homogénéiser avec tout ce qu'il accepte trop facilement comme autorité (faits, circonstances, situations, personnes).

La nature fondamentale de l'enfant est sans cesse attirée vers deux extrêmes : le vague et le monde des faits empiriques, isolés. En effet, à un moment donné, l'enfant veut s'en tenir « aux faits », sans se rendre compte de ce qu'une chose ne devient réelle et concrète que quand elle est comprise sur le fond d'une réalité, complexe, hétérogène. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'énigme qui fait que l'homme primitif, ainsi

que l'homme de la masse, est trop enclin à tout supporter de son autorité, à condition que celle-ci ne signifie pour lui que le définitif, l'extrême et la convergence. Tout ce que cette autorité fait alors est bien fait et l'on peut aller jusqu'à dire que les scandaleuses actions de Néron ont contribué largement à augmenter son prestige aux yeux de beaucoup de ses contemporains. L'enfant a un dangereux appétit pour les stimulants et pour l'intensité de la vie, et, bien souvent, à l'encontre de leur but, les punitions autoritaires viennent assouvir une soif dangereuse, inconsciente, de châtiment. L'enfant aspire à la stabilité tout aussi bien qu'à l'instabilité (changement). L'aspiration vers cette dernière explique son désir de stimulants nouveaux, sa nostalgie dangereuse pour la catastrophe, son désir inconscient d'une correction corporelle de la part d'une autorité qui abrite l'intensité et la catastrophe. Nous pouvions vérifier tout ceci dans deux explorations psychanalytiques (Le symbole supra-paternel d'une statue et celle de la lune que « le vent pouvait éteindre »).

La violence et l'autorité sont les bases de tout groupement primitif. Dans ce cas, l'autorité n'est encore rien de plus qu'une autorité poussée à l'extrême, indivisible, non transparente et inabordable. C'est au cours de derniers temps qu'on se rend plus exactement compte d'un concept nouveau : la communauté (réalité tout entière, « œcumène »). Il faut bien distinguer *la primitive « homogénéité »* de la non primitive « communauté ». Communauté veut dire la sujétion à une réalité complexe, hétérogène. Sujétion, toutefois, ne signifie certainement pas fusion avec une réalité empirique, mais une relation si intime que, dans une action réciproque avec la réalité empirique, on peut élever cette réalité. C'est-à-dire la sublimer.

Par contre, l'autorité au sens primitif, substantiel, est la personnification de la violence, physique aussi bien que psychique. L'autorité, représentante de la violence, a du pouvoir sur la situation physique, et non en moindre mesure sur notre vie affective. L'autorité est alors l'exemple draconien, la conductrice, et surtout la tentatrice, qui nous séduit et qui nous entraîne dans le ravissement.

C'est pour cela que la vie psychique enfantine, tendue vers l'homogénéité et, par suite, hésitant entre la violence et l'autodestruction (obéissance aveugle), constitue pour l'éducateur un objet séduisant et trop malléable. De plus, c'est l'enfant

qui excite et séduit l'adulte à agir violemment, physiquement tout comme psychiquement.

L'adulte qui, en général, n'a que peu d'occasion (excepté dans la guerre dite de légitime défense) de se livrer à ses instincts de violence, saisit beaucoup trop souvent à deux mains cette occasion, donnant à son acte la séduisante apparence d'urgence, de justification éducatrice et de sainteté patriarchale. Dans ce cas, l'autorité n'est plus qu'un exemple imaginaire (mythe) ou draconien. Toutefois, ce n'est qu'en tant que l'autorité agit comme symbole (c'est-à-dire comme représentant combiné) de la réalité hétérogène, qu'elle peut être, dans l'éducation, le moment véritable produisant : enrichissement, élévation, communauté. Or, cette « communauté » est un fait nouveau dans les relations entre le pédagogue et l'enfant, entre le mari et la femme, etc. L'attitude autoritaire peut avoir deux aspects différents : l'un magico-actif, l'autre laborieux. L'attitude laborieuse, bien entendu, n'est jamais complètement dénuée de violence. (Par exemple : il faudra retirer un enfant avec force de dessous l'auto qui menace de l'écraser). Cette attitude, en contradicion avec l'attitude magico-violente-exclusive, est consciemment hétérogène, c'est-à-dire que l'éducateur manifeste constamment à l'enfant deux principes se complétant l'un à l'autre : par exemple : le « safety first » et « l'amour du risque » ; c'est ainsi que, de même, l'on apprend à l'enfant l'amour de l'ordre ainsi qu'une attitude amicale envers le désordre, puisque la vie tout entière n'est qu'une nursery en désordre, dans laquelle l'enfant doit vouloir travailler plus tard, de plein gré, à mettre de l'ordre.

En résumé. L'enfant nous montre deux tendances opposées : d'une part, la déification des faits empiriques, isolés (conception mosaïque de la vie), et d'autre part, l'homogénéisation prématurée des faits (*homotropie,* tendance homotropique), qui, provisoirement, devraient être respectés comme des faits indépendants, indispensables éléments de l'unité de demain. L'enfant, dans ses deux tendances opposées, n'a que trop la tendance à interpréter et accepter les « faits », ainsi que les adultes comme des autorités absolues ou bien comme des phénomènes à négliger au lieu de les voir comme des symboles (représentants complexes, hétérogènes) de la réalité tout entière.

L'autorité non laborieuse, qui, du haut de sa grandeur, ne donnant que des informations normatives, mais qui n'élabore pas la situation pédagogique, satisfait, chez l'enfant, plusieurs de ses tendances primitives infantiles : sa nostalgie envers l'homogénéité (l'homotropie), son adoration des phénomènes catastrophiques (nostalgie envers la catastrophe), son besoin des stimulants intenses.

L'autorité lui signifie alors le point fixe (homogène), non transparent, avec qui on doit entrer sans délai en situation homogène (obéissance absolue, « Kadavergehorsam »).

L'autorité pédagogique, au contraire, doit représenter consciemment la méthode hétérogène, au sens que nous avons développé ci-dessus.

La vie n'est pas imaginable sans le principe de l'autorité, bien que par là nous entendions autre chose que ce qu'entendait l'homme primitif ; la vie, en effet, signifie, entre autre, « ordre », et qui dit « ordre », dit en même temps « hiérarchie ».

Le côté primitif de l'autorité dans ses manifestations homotropiques, capricieuses et destructives doit être de moins en moins accepté comme un fait évident, mais plutôt il faut donc que l'autorité se fasse, constamment, acceptable et respectable en tant que « élaborant » l'entière situation, et soi-même. En somme, l'éducateur doit être le symbole de l'hétérogénéité et de ce labeur.

La psychologie du travail

(Considérations psycho-pathologiques et psycho-thérapeutiques en rapport avec la mentalité de l'enfant)

par M. A. Groeneveld (d'Amsterdam)

Le contact avec les enfants et les personnes souffrant d'un état de névrose ou de psychose nous confronte journellement avec un élément primordial de la réalité, que je voudrais désigner sous la dénomination « travail ». J'attire, dès à présent, votre attention sur le fait que dans cet ordre d'idées je n'identifie pas l'activité et le travail. Au contraire, il me semble qu'il faut faire une distinction très nette entre l'idée du travail et celle de l'activité. On peut même soutenir ce paradoxe que l'enfant et également l'âme primitive, qui s'abrite dans le fond de notre personnalité, s'opposent au travail dans le sens que je vais vous développer tout à l'heure.

Que faut-il entendre par « travail » ?

Par le mot travail nous voudrions dire : *activité responsable et contributive à l'ensemble de l'ordre de la réalité.* Dès maintenant il convient de désigner trois raisons pour lesquelles il existe une résistance ou répugnance considérable — pour la plus grande part inconsciente — envers le travail.

Au sens de la définition ci-dessus le travail suppose la grande tâche, la petite tâche et la sublimation de l'instinct agressif. Ce sont là trois situations contre lesquelles l'âme primitive se révolte. En premier lieu en tant que « travail » suppose la coopération et l'élaboration des problèmes de totalité, c'est bien « la grande tâche » qu'il exige parfois de nous. Secondement, en tant que le travail exige de nous l'incorporation dans la totalité de la vie, il arrive à maintes reprises qu'on soit tenu d'accomplir la « petite tâche ». Troisièmement, l'homme primitif craint — à tort — d'être privé de son domaine viril en suivant le chemin laborieux du travail. Ce dernier point repré-

sente le fonctionnement du complexe de castration qui constitue, à mon avis, une des clés importantes pour la compréhension de la psychologie du travail, psychisme intéressant, qui d'ailleurs sort du cadre de cette communication.

L'homme a dû peiner sans relâche aux âges les plus anciens, dans sa lutte pour la vie. L'homme primitif s'est développé, en conservant, au moyen d'une activité violente et magique (magico-violente), le sentiment de sa valeur. Par contre, la vie moderne nous montre la tendance et la nécessité de se maintenir et de s'élever par le « travail » au sens le plus complet du mot. Nous retrouvons chez l'homme en développement, chez l'adolescent, ces manifestations de violence et de magie ; ce sont, tout d'abord, des mouvements spontanés, plus ou moins chaotiques. Bien vite après, suivis de mouvements orientés et, ensuite, d'expressions d'une impulsion à vouloir faire quelque chose. Est-ce justifié que d'appeler tout cela : travail ?

Le travail, qu'il faut bien distinguer d'une activité violente, pourrait, comme nous l'avons formulé tout à l'heure, se définir ainsi : activité responsable et contributive à l'ensemble de l'ordre de la réalité. La conscience moderne a appris de plus en plus l'extrême importance du travail, au sens le plus large et le plus profond, p. ex. : le travail psychique, la coopération intégrale, etc. Néanmoins, il faut bien tenir compte d'une résistance — pour la plus grande part inconsciente — envers ce travail qui, comme nous l'avons dit auparavant, suppose : la grande tâche, la petite tâche, la sublimation de l'agressivité.

Le travail a un aspect hétérogène : d'une part, tout travail est originairement ressenti comme un tourment : il faut penser à la signification étymologique du mot « travailler » qui évoque une idée de tourment, de torture (*trepalum* suivant Jordan, *tribulum* suivant d'autres). D'autre part, on sait combien assouplissante, guérissante et stimulante est l'action du travail sur différents domaines d'intérêt vital : augmentation de l'appétit, de la sexualité chez l'homme et la femme, l'effet thérapeutique du travail sur les maladies mentales dont l'influence s'étend bien plus loin que ne peut l'exprimer le concept : occupation.

L'éducateur et le psychothérapeute doivent bien se pénétrer de l'unité du travail : travail manuel, agricole, industriel,

psychique, etc ; ce dernier étant évidemment reconnu par la conscience moderne comme du travail. Prenons par exemple : la réflexion, la méditation, la psychanalyse avec ses grandes possibilités d'associations libres et de méditations fructueuses au moyen d'une certaine passivité d'esprit, l' « ars amandi » (d'Ovide) qui tous ont à la fois un côté artistique et stratégique. Des catégories telles que : patience, tolérance, tact, stratégie (dans son sens le plus général), la prise d'un détour pour arriver au but, doivent être reconnues et appréciées par l'enfant comme des principes de travail très importants, tandis qu'une virilité primitive, agressive, infantile, les repousse comme trop lentes, trop douces, trop contre-nature, trop féminines, trop rusées.

Pour l'enfant et l'homme-enfant le travail en tant qu'activité responsable et contributive à l'ensemble de l'ordre de la réalité n'est pas une chose qui va sans dire, ils peuvent le mépriser, ne le considérant que comme bon pour les femmes, les philosophes ou les idéalistes.

L'enfant, aussi bien que l'homme primitif, veut tout faire lui-même ; il subit comme une honte le fait d'être aidé ; il pense que l'on a des dispositions ou pas de dispositions ; on est un génie ou bien une nullité. L'homme-enfant ne réalise point que même le génie ne peut se développer à chaque instant, que grâce à un travail difficile et patient. Il ne réalise pas encore la vérité de la parole profonde et psychologique : « Le génie est une longue patience. » Il rétrécit et parodie le concept : indépendance jusqu'à l'isolement. L'aide et l'emprunt sont subis comme une honte. L'enfant, au fond, n'accepte même pas l'aide de ce qui est à sa disposition. Il veut créer avec rien (*creatio ex nihilo*). Ainsi l'enfant vit-il dans l'intime conviction que l'on a ou que l'on n'a pas de dispositions : génie ou zéro. Pour l'imagination enfantine, le vrai musicien n'a pas besoin d'étudier. L'enfant ne réalise pas que « le génie réside pour un pour cent dans la disposition et pour quatre-vingt-dix-neuf pour cent dans la persévérance » (Edison). Travail ne suppose pas seulement une relation entre le travailleur et l'objet, mais aussi une relation du travailleur à son compagnon de travail (coopération, obligation de l'emprunt).

Violence (agression, activité simple) peut signifier : guerre improductive, au service de la phraséologie. Travail peut signifier : lutte productive au service de la totalité.

La méthode d'activité pure (agression, violence) ne produit que des actes égoïstes, restreints, purement nationaux, par exemple, tandis que la méthode laborieuse produit des activités responsables — et voilà le point essentiel — dans l'ordre *total* de la réalité.

C'est ainsi qu'on peut distinguer, dans la méthode laborieuse, quatre caractéristiques principales :

C'est, en tout premier lieu, la conscience de ce que la vie et toute question vitale sont d'ordre complexe (hétérogène). La vie n'est pas un état homogène et simple comme dans le rêve paradisiaque de l'enfant. Le travailleur et l'objet de son travail forment une polarité et non une dualité, ni une homogénéité ; c'est-à-dire qu'il y a, entre les deux, avec la reconnaissance des contradictions, une relation intérieure : l' « autre » est reconnu et élaboré en soi-même et chez le prochain, tout comme l' « autre-moi ». L'activité, ainsi que l'agression, appartiennent au domaine du simplissime, elles sont, pour ainsi dire, homogènes dans leur structure.

En second lieu, l'homme laborieux respecte la cadence, lente ou rapide, dans laquelle une situation difficile en vient au dénouement dans la solution intérieure, tandis que l'agression veut se libérer du facteur temps, indiqué schématiquement par $t \gtrsim O$.

Il y a, pour ainsi dire, un refoulement de la notion de durée, une négation du facteur temps comme élément indispensable pour la maturation de chaque situation (comparez le contraire qui existe également dans l'inconscience : refoulement de la durée limitée de la vie, c'est-à-dire négation de la réalité de la mort).

Si nous désignons par la lettre T le temps d'activité employé par la nature pour passer d'un état A à un état B, il nous faudra désigner par *t* le temps (minimum) de travail humain qui est nécessaire pour arriver de l'A primitif au B non primitif.

Schématiquement :

$T = \infty$: Processus de la nature.
$t \gtrsim O$: Processus purement agressif.
$t = t_{min}$: Processus du travail humain.

Troisièmement, des concepts tels que détour, patience, tact et confiance sont acceptés dans la méthode laborieuse, comme des valeurs positives. L'agression, au contraire, poursuit de

préférence la voie rectiligne, ce qui ne signifie aucunement que l'homme laborieux ne soit pas énergiquement actif lorsque la nécessité l'y oblige.

Quatrièmement, le chemin laborieux est dirigé, en définitive, vers l'élévation et vers l'intérieur, c'est-à-dire qu'il fait usage de ce qu'il possède lui-même de capacités et de possibilités. C'est le véritable enrichissement. Tandis que l'agression ou l'activité sont dirigées vers l'extérieur, n'utilisant pas les richesses latentes de la situation.

En résumé : J'en arrive maintenant à l'énumération des quelques points qui peuvent être utilisés en faveur d'un traitemen systématique de l'enfant.

L'activité pure (agressivité) est de caractère : 1. homogène, 2. rectiligne, 3. repousse la durée (schématiquement indiqué comme t $\rightrightarrows$ O), 4, dirigé vers l'extérieur.

Le travail (labeur), au contraire, est de caractère hétérogène (complexe, aspects divers). 2. Procède par étape et marche de l'avant éventuellement par voies détournées. 3. Il admet principalement et finalement la durée. 4. Dirigé vers l'intérieur, il utilise ses possibilités et ses richesses latentes.

Au point de vue psychologique, il existe un rapport remarquable à étudier entre la mentalité primitive (enfant) et le domaine qu'on pourrait désigner par le terme travail (labeur). L'enfant, tout en aspirant vers l'activité (magie, agression), abrite une résistance envers le travail.

L'enfant, prisonnier de sa fiction de vouloir créer avec rien (*creatio ex nihilo*), et cela dans un espace de temps égal à zéro, porte évidemment en lui une résistance envers la coopération autant qu'envers l'aide de qui ou l'emprunt de quoi que ce soit.

Or, travail signifie activité hétérogène, activité personnelle, responsable dans l'ordre total de la réalité. Evidemment, il y a divergence entre la mentalité de l'enfant et la tâche finale de la vie : travail.

Il est clair que l'enfant, avec sa tendance primitive vers l'homogénéité (*homotropie*), en somme irréalisable, et dont les actes appartiennent au domaine magico-agressif, rejette cons-

ciemment ou inconsciemment, la voie laborieuse du travail. Or, la voix laborieuse suppose le respect pour l'hétérogénéité (la complexité) de chaque situation, elle suppose également l'acceptation de la méthode hétérogène (complexe) du travail.

Qui bene diagnoscit bene curat : pour favoriser l'adaptation de l'enfant à la vie non homogène, que plus tard il ne pourra vraiment maîtriser qu'en admettant, en somme, la méthode laborieuse, il nous faut connaître à fond cette résistance inconsciente, mais tout de même formidable envers le travail, répugnance qu'une pédagogie naïve pourrait très facilement sous-estimer dans ses répercussions.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ASSEMBLÉE GENÉRALE DU CONGRÈS

tenue à la Faculté de Médecine de Bruxelles

le 24 juillet 1935

sous la présidence de M. le Dr René CHARPENTIER,

Président de l'Association

1re SÉANCE

DÉCÈS DU Dr ALEXANDRE CULLERRE ET DU Dr RENÉ SEMELAIGNE,

anciens Présidents du Congrès

M. René CHARPENTIER, *Président.* — Mes chers collègues, l'année qui vient de s'écouler nous fut cruelle et laisse ici de nombreuses places vides. Deux de nos anciens présidents, Alexandre CULLERRE et René SEMELAIGNE, entourés de l'estime affectueuse de tous, sont morts.

Je n'ai à rappeler ici, ni leur vie exemplaire, ni les travaux remarquables de clinique psychiatrique de l'un, ni l'érudit labeur de critique historique de l'autre. Tous deux ont montré la voie qu'il faut suivre. Inclinons-nous devant leur mémoire.

Alexandre CULLERRE présida à Dijon, en 1908, notre XVIIIe session. René SEMELAIGNE, qui succéda dans ces fonctions à Henry Meige, fut, de 1911 à 1920, *secrétaire permanent* de notre Congrès, dont il présida à Genève et à Lausanne, en 1926, la XXVe session.

Comme un dernier hommage, je vous demande de lever la séance en signe de deuil.

Il en est ainsi décidé à l'unanimité des membres présents.

2e SÉANCE

ADOPTION DU PROCÈS-VERBAL

Le procès-verbal de l'Assemblée générale, tenue à la Faculté de Médecine de Lyon, le 18 juillet 1934, est adopté.

CORRESPONDANCE

M. Pierre COMBEMALE, *Secrétaire général.* — La correspondance comprend :

une lettre de Son Exc. M. l'Ambassadeur de Sa Majesté Britannique nous transmettant une invitation à envoyer des délégués à la réunion annuelle de la Royal Medico-Psychological Association, qui s'est tenue à Londres du 1er au 5 juillet 1935.

Aucun membre du Conseil, non plus que les membres de l'Association que j'ai pu toucher n'étant libres à cette époque, je vous ai excusés auprès de M. Worth, Secrétaire général de la Royal Medico-Psychological Association et l'ai prié de dire au Président et aux membres de cette réunion tous nos regrets de ne pouvoir nous y rendre, et tous nos souhaits pour cette manifestation ;

une lettre de M. l'Inspecteur général du Service de Santé des Colonies, s'excusant de ne pouvoir déléguer un spécialiste à un Congrès, dont le haut intérêt scientifique ne lui échappe pas ;

des télégrammes des professeurs Ludwig BINSWANGER (de Kreuzlingen), DONAGGIO (de Modène), HESNARD (de Toulon), TRETIAKOFF (de Saratow) et du Dr VURPAS (de Paris), qui s'excusent de ne pouvoir assister à la XXXIXe session et adressent aux Congressistes leurs souhaits chaleureux ; un télégramme de M. Victor DORÉ (de Québec) et du professeur B. RODRIGUEZ ARIAS (de Barcelone), qui s'excusent, par cas de force majeure, de ne pouvoir assister à la séance inaugurale et de ne participer qu'aux dernières séances du Congrès ;

des lettres d'excuses des professeurs DONAGGIO, EUZIÈRE, GUILLAIN, HESNARD, J. LÉPINE, Henry MEIGE, NISSL VON

Mayendorf, Orzechowski (de Varsovie), Ostancow (de Leningrad), du médecin-inspecteur général Raynier, qui sont dans l'impossibilité de participer à la XXXIXe session ;

des regrets, exprimés par lettre de MM. les D^{rs} Fr. Adam, D. Anglade, R. Anglade, de la Bretoigne du Mazel, René Charon, Me Chartier, Desruelles, Dupain, Forman, Gimeno-Riera, Glorieux, G.-W.-B. James, Jelliffe, M. Klippel, Lucien Lagriffe, Ern. de Massary, André Régis, Smith Ely Jelliffe, Suttel, Cl. Vurpas, Winfred Overholser, d'être absents de la session de Bruxelles.

RAPPORT DU TRÉSORIER

Messieurs,

Votre Trésorier, conformément à l'article 8 des statuts, va vous soumettre :

Le compte rendu financier de la XXXVIIIe session (Lyon),
Les comptes de l'Association pour l'exercice 1934,
Le projet de Budget pour l'exercice 1935,
qu'il vous demandera de voter.

Je suis heureux de vous signaler, encore cette année, une augmentation sensible du nombre des membres titulaires de l'Association. Nous atteindrons bientôt, je l'espère, le chiffre de 180. Je vous rappelle que le nombre des membres titulaires n'est pas limité et que pour devenir membre titulaire de l'Association, il suffit d'être docteur en médecine, présenté par deux membres de l'Association et agréé par le Conseil d'Administration. Les membres titulaires versent une cotisation de 75 francs par an et sont dispensés de cotisation à la session du Congrès. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session, dès leur publication.

Je rappellerai également qu'au terme de l'article 4 de la loi du 1er juillet 1901 : « Tout membre d'une Association, qui n'est pas formée pour un temps déterminé, peut s'en retirer en tout temps, après paiement des cotisations échues de l'année courante, nonobstant toute clause contraire. »

« Tout membre qui n'a pas notifié sa démission par lettre, adressée au Président, avant le début de l'année courante, reste membre de plein droit ; la radiation pour cause de non-paiement peut être prononcée contre le membre qui laisserait son reçu impayé. »

Afin d'éviter des frais de correspondance et de recouvrement, je prie MM. les membres titulaires de l'Association de vouloir bien envoyer leur cotisation annuelle, *exigible dès le mois de janvier,* le plus tôt possible.

Les membres adhérents ont eux-mêmes intérêt à s'inscrire dès la réception du programme, un trop long retard les exposant à ne pas recevoir à temps les rapports.

J'ai le plaisir de remercier MM. les Médecins-Directeurs et Directeurs des Asiles publics ou privés, qui inscrivent tous les ans leurs établissements à notre Congrès, et je me permets d'adresser un nouvel appel à ceux qui ne l'ont pas encore fait. Il me paraît bien inutile d'insister sur l'intérêt qu'il y a pour les Asiles à posséder dans leur bibliothèque les rapports et le volume des comptes rendus publiés par l'Association, et qu'ils reçoivent, au même titre que les membres titulaires et adhérents, en versant une subvention annuelle de 80 fr. minima.

L'Exposition des Produits pharmaceutiques organisée l'an dernier, au Congrès de Lyon, et qui eut un plein succès auprès des congressistes, a fourni à notre Budget une recette appréciable.

J'avais adressé le 7 mai 1935, comme les années précédentes, une demande de subvention à M. le Ministre des Affaires Etrangères et j'ai revu tout récemment M. le Chef de Service des Œuvres françaises à l'Etranger, qui vient de me transmettre, le 12 juillet, la réponse de M. le Ministre, qui me fait savoir qu'il ne lui est pas possible, à son regret, en raison de l'état des crédits affectés au Ministère des Affaires étrangères, au titre des Missions et Congrès à l'Etranger, d'accueillir favorablement notre demande.

Votre Trésorier croit utile de vous donner quelques précisions sur l'administration de vos finances.

Tous les titres constituant le capital mobilier sont au nominatif, ainsi qu'il est prescrit par les statuts, et sont en dépôt au Crédit du Nord.

Les récépissés et pièces comptables de l'Association sont déposés dans un coffre-fort — en location à l'Agence E.M. du Crédit du Nord — au nom de l'Association du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, où nous avons un compte courant. Nous avons également un compte chèque postal à Paris, 456-30. La tâche de votre Trésorier a été facilitée, — comme les années précédentes — par une cordiale collaboration avec les deux

Secrétaires généraux, les professeurs COMBEMALE et VERMEYLEN, qui n'ont ménagé ni leur temps, ni leur peine pour la préparation et la réussite de ce beau Congrès, présidé par deux des membres les plus distingués et les plus sympathiques de l'Association, les docteurs René CHARPENTIER et Ernest DE CRAENE.

COMPTE RENDU FINANCIER DE LA XXXIXe SESSION

Lyon (16-21 Juillet 1934)

Le compte financier s'établit ainsi :

RECETTES

1° *Cotisations.*			
Membres titulaires à vie	2 à	1.500 fr.	3.000 »
Membres tit. de l'Association	159 à	75 fr.	11.925 »
Membres adhérents	103 à	80 fr.	8.240 »
Membres associés	61 à	50 fr.	3.050 »
Total			26.215 »
2° *Cotisations des Asiles.*			
1 Asile à 500 fr.			500 »
2 Asiles à 100 fr.			200 »
31 Asiles à 80 fr.			2.480 »
Total			3.180 »
3° *Subvention du Conseil général du Rhône*			5.000 »
Subvention du Conseil municipal de Lyon			3.000 »
Subvention du Ministère des Affaires étrangères ..			8.000 »
Total			16.000 »
4° *Exposition des produits pharmaceutiques*			12.375 »
Total général			26.215 »
			3.180 »
			16.000 »
			12.375 »
Total des recettes			57.770 »

Dépenses

Imprimerie Coueslant	17.262 85
Frais Exposition produits pharmaceutiques	3.287 50
Soirée du Congrès et orchestre	2.457 60
Guignol lyonnais	600 »
Electrobus	675 »
Frais de secrétariat à Lyon (dactyl., écritaux, pancartes, gratifications, etc.)	1.702 »
Frais d'imprimerie á Lille	140 »
Frais divers du Secrétaire général	743 85
Frais de trésorerie (correspondance, encaissements, frais d'impression à Paris	539 75
Agence Exprinter (transports à Lyon)	2.216 »
Total	29.624 55

Balance

Recettes	57.770 »
Dépenses	29.624 55
Excédent de Recettes	28.145 45

Compte rendu financier de l'Association pour l'exercice 1934

Recettes

Avoir en Banque au 1er janvier 1934	8.200 48
Arrérages et intérêts	10.467 50
Versement Espèces	549 30
Virement comptes chèques postaux sur compte en Banque	15.000 »
Virement solde compte Rabat	203 81
Vente Volume du Congrès	2.664 »
Agios	61 81
Total	37.146 90

Dépenses et remploi de fonds

Achat 15 Bons Trésor 5 % 1933 à 5 ans	14.550 »
Achat 10 Obligations Trésor 4 1/2 1934	9.500 »
Achat 10 Bons Trésor 4 1/2 1934	9.760 »
Location coffre, frais, impôts, etc.	104 01
Total	33.914 01

BALANCE

Recettes	37.146 90
Dépenses	33.914 01
Excédent de Recettes	3.232 89

Situation financière de la Caisse de réserve de l'Association du Congrès au 31 décembre 1934

1° *Capital mobilier représenté par :*

2.000 fr. Rente française 3 % perp., nominative.
7.267 fr. 50 Rente française 4 1/2 % 1932 A., nom.
10.000 fr. cap. Obl. Trésor 4 1/2 1933, amort. à 150 %, nom.
15.000 fr. cap. Bons Trésor 5 % 1933 à 5 ans, nom.
10.000 fr. cap. Obl. Trésor 4 % 1934, amort. à 140 %, nom.
10.000 fr. cap. Bons Trésor 4 1/2 % 1934 à 3, 6, 10 ans, nom.

2° *Espèces :*

Solde créditeur en Banque 3.232 89

A ce chiffre viendront s'ajouter, en 1935, le solde créditeur du compte annuel en Banque, le solde créditeur du compte Chèques Postaux, et le reliquat de Caisse.

Projet de budget 1935

Voici le projet de budget de l'exercice 1935 que je vous demande de vouloir bien voter, conformément à l'article 8 des statuts :

RECETTES

Cotisation des membres titulaires (160 à 75 fr.)	12.000 »
Cotisation des membres adhérents à la 39e Session (80 à 80 fr.)	6.400 »
Cotisation des membres associés à la 39e Session (75 à 50 fr.)	3.850 »
Cotisation des Asiles publics et privés	2.800 »
Intérêt de la dotation et du compte courant	11.360 52
Solde créditeur (Banque, Chèques Postaux, compte Lyon et Caisse au 1er janvier 1935)	31.485 16
Subventions diverses	mémoire
Total	67.895 68

Dépenses

Impressions diverses (Estimation)	25.000 »
Réceptions diverses par l'Association	27.000 »
Frais de Secrétariat et Trésorerie, etc.	15.000 »
Total	67.000 »

Balance

Recettes	67.895 68
Dépenses	67.000 »
Excédent	895 68

M. René Charpentier, *Président*. — Mesdames et Messieurs, vous venez d'entendre le rapport de notre très dévoué trésorier.

Permettez-moi d'abord, devant ces résultats, de remercier encore en votre nom M. le Doyen Jean Lépine, qui voulut bien, l'an dernier, nous inviter à tenir notre XXXVIIIe session, sous la présidence du Dr Lucien Lagriffe, dans l'admirable Faculté de Médecine de Lyon. M. le professeur Jean Lépine vient d'être élu membre titulaire de l'Institut de France. Tous ont applaudi à l'heureux choix de l'Académie des Sciences morales et politiques.

Que de remerciements ne devons-nous pas au Dr Jean Dechaume, le très distingué professeur agrégé et médecin des Hôpitaux de Lyon, pour avoir bien voulu accepter les fonctions de Secrétaire annuel de la XXXVIIIe session. Je n'ai pas à rappeler l'aimable distinction, ni le souriant dévouement avec lesquels il a accompli sa tâche bénévole. Les faits exposés par notre Trésorier rendent superflu d'en souligner les heureux résultats.

Il me reste à vous proposer d'approuver les comptes et le projet de budget que vient de nous soumettre le Dr Vignaud. Vos acclamations disent assez vos félicitations et quelle reconnaissance nous avons tous pour le dévouement et le succès avec lesquels notre collègue Vignaud remplit ses laborieuses et souvent délicates fonctions. Je vous demande, pour alléger, si possible, sa lourde tâche, de tenir grand compte des désirs qu'il exprime, de même que je le prie, au nom de tous, de nous

continuer longtemps une collaboration qui nous est devenue indispensable.

*
**

Les comptes financiers et le projet de budget sont adoptés à l'unanimité des membres présents.

RAPPORT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

M. Pierre COMBEMALE, *secrétaire général.*

MES CHERS COLLÈGUES,

Depuis notre dernière session, notre Congrès a été durement éprouvé.

BELLETRUD, Alexandre CULLERRE, G. Gatian DE CLÉRAMBAULT, FRANKHAUSER, Mlle Gabrielle LÉVY, Auguste MARIE, Paul RAVAUT, René SEMELAIGNE sont morts. C'est pour nous tous une perte cruelle, car, hors l'affectueuse sympathie qu'ils réservaient à nos Congrès, c'étaient de grands artisans de la science neurologique et psychiatrique, et leurs travaux comptent parmi les meilleurs de ceux qui firent avancer nos connaissances sur le fonctionnement normal et pathologique du système nerveux.

La mort de deux d'entre eux nous touche plus particulièrement. Alexandre CULLERRE fut en effet Président du Congrès de Dijon en 1909, et René SEMELAIGNE, Président du Congrès Genève-Lausanne, en 1926.

Le Dr VIGNAUD vient de vous présenter son rapport financier. Vous n'avez pas ménagé vos applaudissements comme approbation d'une gestion parfaite. Je pense, quant à moi, qu'il mérite grandement qu'il soit à l'honneur aujourd'hui. Son travail, quoique obscur, est de première nécessité, et si notre Association prospère, le mérite qui lui en revient est grand.

Il faut dire que les Secrétaires annuels ont fourni à notre caisse matière à contentement. Le Dr DE LA BRETOIGNE DU MAZEL, à Rabat, le professeur DECHAUME à Lyon, ont trouvé le moyen de nous offrir des réceptions dont le souvenir restera inaltérable dans la mémoire et dans le cœur de tous ceux qui y ont participé, et par je ne sais quelle alchimie, ils ont fait verser un copieux actif dans notre caisse. Ceci mérite, je pense, une chaleureuse gratitude.

Personnellement, Messieurs, ma tâche s'est réduite à peu de chose. Préparer une session dont les prémices s'annoncent engageantes, n'a pas été aussi difficile qu'on puisse le penser. Notre Président René CHARPENTIER est toujours de bon conseil et la grande habitude d'un Secrétariat général, dont il a assumé la charge pendant de longues années, fait que son successeur flotte à l'aise quand il y a quelques difficultés : et il n'y en a pas eu.

Le Dr DE CRAENE, le Président belge de notre session, a su faire jouer pour notre bien de l'autorité incontestée qu'il a à Bruxelles et les amitiés agissantes de ses compatriotes belges.

Le professeur VERMEYLEN, notre Secrétaire annuel, avec toute l'ardeur d'une jeunesse qu'on lui envie, est le principal artisan d'un programme plantureux qu'on vous offre aujourd'hui.

Tous les membres de notre Association ont fait les plus sérieux efforts ; ils ont contribué à augmenter le nombre de leurs collègues membres titulaires ; actuellement, notre Association compte 180 membres titulaires.

Cette année, se sont inscrits comme membres titulaires :

M. le Docteur M. GARDIEN, de Saint-Ylie, parrains : Docteurs A. SANTENOISE et M. DESRUELLES ;

M. le Docteur Jean DUBLINEAU, d'Armentières, parrains : Professeurs CLAUDE et Pierre COMBEMALE ;

M. le Docteur Clément CONREUR, de Dave (Belgique), parrains : Docteurs DARDENNE et FOCQUET ;

M. le Professeur Marc LÉVI-BIANCHINI, de Salerne (Italie), parrains : Docteur René CHARPENTIER et Professeur P. COMBEMALE ;

M. le Professeur BAUDOUIN, de Paris, parrains : Docteurs René CHARPENTIER et CROUZON ;

M. le Docteur RUYSSEN, de Dunkerque, parrains : Professeur Pierre COMBEMALE et Docteur VULLIEN ;

M. le Docteur RONDEPIERRE, de Fains (Meuse), parrains : Docteurs CROUZON et COURBON ;

M. le Docteur KNUD-WINTHER, Hellurup-Copenhague (Danemark), parrains : Docteur René CHARPENTIER et Professeur VAN BOGAERT ;

M. le Docteur Jean CHRISTOPHE, de Paris, parrains : Docteurs CROUZON et Raymond GARCIN ;

M. le Docteur Marc NEVE, de Lessines (Belgique), parrains : Docteur ALEXANDER et Professeur LEY ;

M. le Docteur Ed. EVRARD, d'Henri-Chapelle, Liége (Belgique), parrains : Professeur DIVRY et Docteur MOREAU ;

M. le Professeur Daniel SANTENOISE, de Nancy, parrains : Docteur René CHARPENTIER et Professeur Pierre COMBEMALE ;

M. le Docteur BOURGUIGNON, de Paris, parrains : Docteurs René CHARPENTIER et Henri BARUK ;

M. le Docteur Donald ROSS, de Lochgilphead (Grande-Bretagne), parrains : Docteur René CHARPENTIER et Professeur P. COMBEMALE ;

M. le Professeur Hans MAIER, de Zurich, parrains : Docteurs REPOND et FLOURNOY.

Depuis l'ouverture de la session, se sont inscrits comme membres titulaires et ont été agréés :

M. le Professeur POMMÉ, de Lyon, parrains : Docteur René CHARPENTIER et Professeur FROMENT ;

Mlle le Docteur FEYEUX, de Lyon, parrains : Docteur René CHARPENTIER et Professeur FROMENT ;

M. le Docteur CODET, de Paris, parrains : Docteur REPOND et Professeur P. COMBEMALE ;

M. le Docteur SCHIFF, de Paris, parrains : Docteur REPOND et Professeur P. COMBEMALE ;

M. le Docteur LOEVENSTEIN, de Paris, parrains : Docteur REPOND et Professeur P. COMBEMALE ;

M. le Docteur AYMES, de Marseille, parrains : Professeurs EUZIÈRE et ROGER ;

M. le Docteur ALLIEZ, de Marseille, parrains : Professeurs EUZIÈRE et ROGER ;

M. le Docteur Max-Pierre LEULIER, du Vésinet, parrains : Docteurs René CHARPENTIER et VIGNAUD ;

M. le Docteur Th. SIMON, de Paris, parrains : Docteur VIGNAUD et Professeur P. COMBEMALE ;

M. le Docteur A. GOEMANS, de Merxplas (Belgique), parrains : Professeur G. VERMEYLEN et Docteur ALEXANDER.

La santé de notre Association est excellente, sa tenue scientifique continue à être cette année ce qu'elle fut dans le passé, c'est-à-dire brillante, en tête du progrès.

Les rapporteurs sont à la hauteur d'une tâche lourde et délicate ; la liste des communications témoigne d'une belle vitalité et notre volume des comptes rendus est un raccourci de l'état actuel de la science neuro-psychiatrique et de ses perspectives d'évolution.

Je ne voudrais pas terminer ce rapport moral sans dire combien nous avons tous ressenti le lustre qui a rejailli sur notre Association en apprenant que deux des nôtres, de ceux qui se dépensent sans compter pour la cause commune, ont été distingués : l'un, le Professeur-Doyen Jean Lépine, ancien Président de la session de Quimper en 1922, comme Membre de l'Institut de France au titre de membre titulaire de l'Académie des Sciences morales et politiques ; et l'autre, le Docteur Crouzon, notre futur Président, comme membre titulaire de l'Académie de Médecine de Paris.

ÉLECTION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION POUR 1936

M. René Charpentier, *Président.* — Conformément à l'article 5 des statuts, le Vice-Président élu pour un an devient de droit Président à la fin de l'année. Le Dr Crouzon sera donc Président pour l'année 1936.

Le Conseil d'Administration vous propose, pour la vice-présidence, le nom du Dr Maurice Olivier, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois, ancien Secrétaire annuel de la session de Blois, ancien Président de l'Association Amicale des Médecins des Etablissements publics de France, Maire de Blois.

Election du Vice-Président

Nombre de votants 46
Majorité absolue 23

Ont obtenu :

M. Olivier .... 43 voix
M. Lévy-Valensi .... 1 voix
Bulletins blancs 2

Le Dr Olivier est élu Vice-Président pour 1936 et sera de droit Président de l'Association pour 1937.

Le Conseil d'Administration a choisi le Dr VIGNAUD comme *trésorier.*

Le *Secrétaire général,* une fois élu, conserve ses fonctions tant qu'il n'a pas été relevé par l'Assemblée.

Il n'y a pas, cette année, de membre sortant au Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration est donc composé pour 1936 :

Président : M. le Dr O. CROUZON.

Vice-Président : M. le Dr M. OLIVIER.

Secrétaire général : M. le Professeur Pierre COMBEMALE.

Membres : MM. P. COURBON, H. ROGER, DONAGGIO, VIGNAUD, DESRUELLES, REPOND.

Trésorier (choisi par le Conseil d'Administration) : M. le Dr VIGNAUD.

ORGANISATION DE LA XLe SESSION

Lors de la réunion du Conseil d'Administration, le 24 février 1935, M. le Dr REPOND nous a apporté l'offre de la Société Suisse de Psychiatrie d'inviter notre Association à tenir sa XLe session en Suisse.

M. le Professeur POROT porte à notre connaissance que le Gouvernement général de l'Algérie invite le Congrès à tenir à Alger une de ses sessions prochaines.

A l'unanimité, l'Assemblée décide que la XLe session du Congrès se tiendra en Suisse, les séances devant avoir lieu successivement à Bâle, Zurich, Berne et Neuchâtel, dans la dernière semaine de juillet 1936. Elle laisse à la discrétion du Conseil la décision d'avancer légèrement la date de la session, si les circonstances l'imposent. L'Assemblée remercie le Gouvernement général de son invitation à tenir une session prochaine à Alger ; elle l'accepte avec reconnaissance pour une prochaine session.

Conformément au règlement, le bureau de l'Association sera le bureau de la session.

Le Président et le Secrétaire général de l'Association sont chargés de l'organisation de la session.

Ils peuvent s'adjoindre, dit le règlement, un Comité d'organisation local. La coutume de nos Congrès veut que lorsque la session se tient hors de France, un co-président soit nommé

pour cette session. Nous vous proposons, comme co-président suisse, un psychiatre dont l'autorité est unanimement appréciée par nous tous, psychiatre que vous avez élu l'an dernier membre du Conseil d'Administration de notre Association, le Dr A. REPOND, de Malévoz-Monthey, ancien Président de la Société Suisse de Psychiatrie, ancien Secrétaire annuel du Congrès de Genève-Lausanne en 1926.

M. le Dr A. REPOND, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Malévoz-Monthey, est élu par acclamation co-président suisse de la XLe session.

Comme Secrétaire annuel, le Conseil d'Administration vous propose le Dr O.-L. FOREL, *Privat Docent* de Psychiatrie, Médecin en Chef des « Rives de Prangins », dont le talent d'organisateur sera pour cette session un précieux gage de succès.

M. le Dr O.-L. FOREL est élu par acclamation Secrétaire annuel de la XLe session.

Il est décidé, en outre, que le Bureau de la XLe session pourra s'adjoindre dans chacune des quatre villes où se tiendra le Congrès, un Secrétaire local ayant pour mission de s'occuper de la préparation du Congrès dans le secteur de sa ville.

Les *rapports* et *rapporteurs* suivants sont ensuite désignés :

1° RAPPORT DE PSYCHIATRIE

L'hérédité des affections circulaires et schizophréniques.

Rapporteurs : Dr W. BOVEN, Privat-Docent à l'Université de Lausanne ; Dr A. BROUSSEAU, Médecin-Chef à l'Asile de Clermont de l'Oise, Médecin de l'Infirmerie Spéciale de la Préfecture de Police.

2° RAPPORT DE NEUROLOGIE

Etude séméiologique, étiologique et pathogénique des mouvements choréiques.

Rapporteur : Dr J. CHRISTOPHE, Ancien Chef de Clinique des Maladies Nerveuses à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin Assistant à la Salpêtrière.

3° RAPPORT DE THERAPEUTIQUE PSYCHIATRIQUE.

Thérapeutiques nouvelles des psychoses dites fonctionnelles.

Rapporteur : Dr Hans MAÏER, Professeur de Psychiatrie à l'Université de Zurich.

***

Le Secrétaire général croit devoir rappeler que ceux des membres adhérents qui sont docteurs en médecine peuvent demander leur inscription comme membre titulaire, en se faisant présenter par deux parrains, membres de l'Association. Comme dans toute Société, la cotisation de membre titulaire est due dès le début de l'année et dispense de cotisation pour les sessions organisées par l'Association. Les membres titulaires de l'Association sont invités à chaque session, sans avoir à s'inscrire, et reçoivent dès leur parution, programmes, rapports et comptes rendus.

Le Secrétaire général rappelle également aux membres du Congrès de bien vouloir adresser au Secrétaire général, un mois avant l'ouverture de la prochaine session, toutes les suggestions concernant le choix des sessions ultérieures, ainsi que l'indication des sujets qu'ils désireraient voir mettre à l'ordre du jour du Congrès.

***

M. René CHARPENTIER, *Président*. — Mes chers collègues, vous venez d'entendre le rapport de notre très dévoué *Secrétaire général,* le Professeur Pierre COMBEMALE, et d'adopter, à l'unanimité, les propositions qu'il nous a faites au nom du Conseil d'Administration de notre Association.

Laissez-moi, avant de lever cette Assemblée, lui dire ici combien nous apprécions la souriante et féconde activité avec laquelle, d'un bout de l'année à l'autre, et non seulement pendant la session, il administre notre Association et dirige ses destinées. Je suis heureux de le remercier, au nom de tous, de l'affabilité avec laquelle il poursuit son labeur continu.

J'ai enfin l'agréable mission de vous annoncer que la Société de Médecine mentale de Belgique vient de voter à notre XXXIXe session une généreuse subvention de 5.000 francs, qui

s'ajoute à la subvention de 15.000 francs que le Gouvernement belge a bien voulu nous accorder. Je prie le Dr Ernest de Craene, qui préside cette session avec tant de distinction, et le Professeur G. Vermeylen, dont l'organisation impeccable fait votre admiration, de bien vouloir être les interprètes de notre reconnaissance auprès de nos collègues de la Société de Médecine Mentale de Belgique. Ils ajoutent ainsi une nouvelle contribution au succès de cette session qui leur doit déjà tant.

La séance est levée.

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

RÉCEPTIONS ET EXCURSIONS

Tous ceux qui assistèrent à la XXXIX[e] session à Bruxelles pensaient bien y trouver cet accueil chaleureux, cordial, fraternel qu'il est constant d'éprouver quand le Congrès tient ses assises en Belgique.

Serait-ce la contagion de la splendide exposition universelle? L'accueil, cette année, fut plus cordial, plus fraternel encore. Les Congressistes passèrent à Bruxelles des heures inoubliables au milieu d'amis souriants, empressés à prévoir leurs moindres désirs. Les réceptions furent fastueuses, les excursions nous montrèrent de belles œuvres d'assistance étudiées jusque dans le plus petit détail, modèles du genre, et dirigées à la fois avec prudence et audace, soutenues par l'enthousiasme de tous les collaborateurs, du plus haut placé au plus humble serviteur.

Pour beaucoup de nous, ces visites furent un enseignement; pour tous, un sujet d'admiration.

Dire ici la cordialité de la soirée offerte aux titulaires des membres du Congrès par M. le Ministre et Mme Emile Vandervelde est un devoir très agréable, tant l'accueil y fut affectueux malgré l'ambiance officielle de telles cérémonies. Vouloir traduire l'impression laissée aux Congressistes par le Raoût à l'Hôtel de Ville de Bruxelles est impossible devant tant de splendeurs offertes à nos regards émerveillés ; l'Hôtel de Ville, ce bijou dont s'enorgueillit Bruxelles, est bien un des trésors les plus purs de l'architecture mondiale ; ses tapisseries, ses tableaux, ses meubles, ses lustres, ses plafonds en rehaussent l'éclat, et un raoût dans ses salons est un moment qui ne s'efface pas du souvenir.

Quant à la soirée offerte par les Présidents et membres du Congrès, la meilleure gaîté y régna. Ce fut un dîner savoureux, servi en musique et agrémenté d'attractions au restaurant des Archiducs, dans le « Vieux Bruxelles », reconstitué à l'Exposition Universelle et Internationale, dans un cadre du plus charmant effet.

Pour connaître par le détail les visites faites à l'Université libre de Bruxelles, à la Faculté libre de Médecine, au nouvel Hôpital universitaire, à l'Institut psychiatrique de l'Hôpital Brugmann, à l'Exposition d'art de l'Exposition universelle et internationale de Bruxelles, pour suivre les Congressistes à l'Institut Salve-Mater de Louvenjoul, où se tint une séance du Congrès avant la visite des locaux de l'établissement, à l'Université de Louvain, à la Ferme-Ecole de Waterloo et à la Colonie de Gheel, on ne peut mieux faire que de reproduire ici les discours du Président René CHARPENTIER, qui se révéla l'historiographe de la XXXIX[e] session.

A l'Université libre de Bruxelles

Lundi 22 juillet 1935

C'est sous la conduite de M. E. BOGAERT, Recteur de l'Université libre de Bruxelles, que se fit le *lundi 22 juillet,* la visite des vastes bâtiments de l'Université : amphithéâtres, salle de collections, laboratoires, en particulier ceux des essais électriques à haute tension et d'hydrodynamie.

Aux cordiales paroles de bienvenue que prononça M. le Recteur, le D[r] René CHARPENTIER répondit :

Monsieur le Recteur,

Au nom des membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, auquel l'Université libre de Bruxelles a bien voulu offrir une cordiale et somptueuse hospitalité, permettez-moi de vous exprimer la reconnaissance de tous.

Lorsque, le 20 novembre 1834, sous l'impulsion de Théodore Verhaegen, fut fondée cette Université, la modicité de ses ressources ne lui permettait pas de rêver les splendides réalisations que nous admirons aujourd'hui. C'est grâce à de généreux concours, mais grâce aussi à une foi ardente en ses destinées, grâce surtout aux Maîtres éminents qui l'ont dirigée et administrée, que cette jeune Centenaire a conquis, dans ce pays et bien au-delà de ses frontières, la place privilégiée qui est la sienne.

Dans ce cadre admirable du Solbosch, offert par la ville de Bruxelles, l'Université libre a apporté avec elle les traditions de ses fondateurs et leur esprit d'indépendance. La statue de Théodore Verhaegen rappelle, dès l'entrée, aux étudiants de toute opinion et de toute croyance qui se pressent aux cours, que cette Maison a pour principe le libre examen, parce que, disait ici même Henri Poincaré, « la pensée ne doit jamais se soumettre à quoi que ce soit, si ce n'est aux faits eux-mêmes ».

De cette indépendance, l'Université libre de Bruxelles a donné un magnifique exemple pendant les années d'occupation, où, repliée sur elle-même, elle garda un silence plein de confiance et de grandeur. Sa devise était alors : « Plutôt périr que céder. » La tourmente passée, elle trouva, pour sa renaissance, les concours et les hommes. Faut-il rappeler que parmi ceux-ci le regretté Professeur Paul Héger, qui fit tant pour sa rénovation, a mérité le titre de « Second fondateur de l'Université ».

Ces efforts sont aujourd'hui magnifiquement récompensés. Adaptée aux exigences les plus modernes, dans toutes les branches de l'enseignement, pourvue de toutes les ressources techniques, l'Université offre à ses heureux étudiants des amphithéâtres, des laboratoires, des bibliothèques où tout est préparé pour un travail facile et sain. Elle ne leur donne pas seulement les plus grandes facilités pour leur instruction professionnelle et pour leur culture générale. Aux jeunes intelligences qui se confient à elle, et dont elle s'applique à former le caractère autant que l'esprit, elle veut des corps robustes. Le légitime souci de l'hygiène physique et mentale que traduit déjà sa situation à l'orée de la belle forêt de Soignes est souligné encore par des œuvres comme la Cité Estudiantine Paul Héger sur laquelle Mme Paul Hymans veille avec tant de sollicitude et dont nous avons pu apprécier le confort.

Nous vous prions, Monsieur le Recteur, de bien vouloir être l'interprète de nos remerciements et de notre admiration auprès de M. le Ministre d'Etat Paul Hymans, Président du Conseil d'Administration, de M. le Professeur Fernand Héger, Administrateur de l'Université, et de tous les Professeurs de l'Université libre de Bruxelles.

A la Faculté de Médecine de Bruxelles

Mardi 23 juillet 1935

Le *mardi 23 juillet,* la visite de la Faculté de Médecine, sous la conduite de M. le professeur DEMOOR, permit aux Congressistes d'admirer une Faculté de Médecine moderne, dont la Ville de Bruxelles peut être fière. Le splendide Institut de Physiologie du professeur DEMOOR, l'Institut-modèle d'anatomie du professeur DUSTIN, que le Dr Rodolphe LEY, Chef des travaux anatomiques, nous fit visiter en détail, furent justement admirés.

Le Dr René CHARPENTIER remercia en ces termes l'illustre physiologiste qui nous reçut :

Monsieur le Professeur,

Après l'Université libre de Bruxelles, dont nous étions hier les hôtes, la Faculté de Médecine nous accueille aujourd'hui. Comme l'Université dont elle fait partie, bien qu'un peu éloignée des autres centres d'enseignement, c'est une Faculté de Médecine moderne qui nous reçoit. Abandonnant, en effet, le projet primitif d'une cité médicale au parc Léopold, la Faculté de Médecine est venu se fixer au boulevard de Waterloo, près du vieil hôpital Saint-Pierre, mettant à la portée des étudiants, en un même groupement, la Faculté de Médecine, l'Hôpital universitaire et l'Ecole d'Infirmières.

Cette conception, à l'origine de laquelle nous retrouvons encore le nom du Professeur Paul Héger, uni à ceux des Professeurs Bordet, Brachet, Depage, aidés de l'action du Dr René Sand, a été ici tout récemment réalisée. Il n'y a que quelques années que la nouvelle Faculté de Médecine a été ouverte aux étudiants. Il n'y a que quelques jours que fut inauguré l'Hôpital Universitaire. Ainsi, les éminents Professeurs de la Faculté de Médecine de Bruxelles ont maintenant à la disposition de leur enseignement des Instituts et des laboratoires modèles pourvus des derniers perfectionnements de la technique.

Monsieur le Professeur,

Il nous est particulièrement sensible d'être reçus par Celui qui, Directeur éminent de l'enseignement de la physiologie, fut

aussi à Bruxelles le créateur de l'enseignement spécial pour les anormaux. Si cette question n'est pas l'objet d'un rapport à cette session de nos Congrès, elle est de celles qui, par leur importance, sont toujours au premier rang de nos préoccupations et à l'ordre du jour de nos réunions. Nous savons à quel point fut féconde l'impulsion donnée par vous, en Belgique, à l'éducation des anormaux. Beaucoup d'entre nous se promettent de profiter de leur séjour ici pour étudier les méthodes que vous avez appliquées.

Pendant toute une semaine, la Faculté de Médecine veut bien nous offrir ses auditoires et ses magnifiques locaux pour y tenir notre session annuelle. Au nom de tous, j'adresse à son Président et à son éminent corps professoral nos remerciements reconnaissants.

A l'Hôpital Universitaire de Bruxelles

Mardi 23 juillet 1935

Les Congressistes visitèrent ensuite le nouvel Hôpital universitaire tout proche. Ils furent reçus par M. Merckx, Secrétaire général de la Commission communale d'Assistance publique de la Ville de Bruxelles, qui leur fit visiter lui-même les aménagements modernes et pratiques de ce somptueux hôpital, au matériel confortable, aux couleurs délicates.

Le Dr René Charpentier lui adressa les paroles suivantes :

Monsieur le Secrétaire général,

En pénétrant dans cet hôpital universitaire doté de tous les perfectionnements de la science moderne, qui reconnaîtrait l'emplacement où, dans ce pittoresque quartier, le vieil hôpital Saint-Pierre succédait à une ancienne léproserie ? Que de siècles d'histoire de l'assistance hospitalière résumés ainsi en peu de mots !

Ce raccourci est l'image infidèle de l'œuvre admirable réalisée par la Commission d'Assistance publique de la Ville de Bruxelles, Commission auprès de laquelle vous remplissez avec tant de compétence et de dévouement les importantes fonctions de Secrétaire général.

Malgré les lourdes charges imposées par la situation écono-

mique actuelle, la Commission d'Assistance a réussi à mener à bien l'installation de services modèles, ayant en vue la coopération constante du médecin, du chirurgien et du spécialiste, de la clinique et du laboratoire, de l'œuvre médicale et des œuvres sociales. Dans ces services, les malades trouveront toutes les ressources d'une thérapeutique vigilante et, au sortir des cours théoriques, sans perte de temps, les étudiants viendront apprendre de leurs aînés, au lit du malade, comment et pourquoi la médecine est à la fois une science et un art.

Aux côtés de la Faculté de Médecine et de l'Hôpital Universitaire, *le Home-Ecole d'Infirmières Edith Cavell-Marie Depage* associe l'hommage rendu à une martyre au souvenir d'une victime que quelques-uns d'entre nous ont connue. Il complète un ensemble où médecins et infirmières, unis dans l'œuvre d'Assistance à laquelle, aux côtés de M. le Président Goossens-Bara, vous avez si heureusement consacré votre vie, apprendront que le Devoir est encore la plus facile de toutes les tâches et que le Dévouement trouve en soi la plus douce et la plus sûre des récompenses.

Au Service universitaire de psychiatrie de l'Hôpital Brugmann, à Bruxelles

Mercredi 24 juillet 1935

Une séance de travail se tint dans l'amphithéâtre du Service psychiatrique de l'Hôpital Brugmann. Avant de visiter les beaux aménagements de cet Institut, sous la direction du professeur VERMEYLEN, Chef de Service et titulaire de la chaire de psychiatrie,

le Dr René CHARPENTIER ouvrit la séance de présentations en ces termes :

Messieurs,

Il serait superflu de vous présenter le Professeur Guy Vermeylen, Médecin principal de cet Institut depuis sa fondation qui date du 1er juin 1931. Il est bien connu de vous depuis le rapport remarquable qu'il présenta, il y a onze ans, à notre session de Bruxelles, en collaboration avec notre collègue, le

Dr Th. Simon, sur « les limites, l'évolution, les formes et les complications de la débilité mentale ». Depuis lors, il a présenté à nos sessions de nombreux et très intéressants travaux. Cette année enfin, nous avons tous tellement abusé de lui que nous pouvons seulement nous en excuser en le remerciant d'avoir mis au point une organisation merveilleusement réussie.

Dans cette chaire, où il succéda à notre ancien Président, le Professeur Auguste Ley, le Professeur G. Vermeylen va nous montrer des faits intéressants et nous initier au fonctionnement de ce beau service, qui fut, si je ne me trompe, le premier service ouvert officiellement créé à Bruxelles.

Service de diagnostic, de triage et d'enseignement, service ouvert et service fermé, installé dans un grand hôpital avec lequel il fait corps et dont les laboratoires, les ressources cliniques et thérapeutiques multiples sont à sa disposition, l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann est un service hospitalier comme les autres. Il réalise vraiment l'Hôpital psychiatrique.

Il fut créé grâce à la Commission d'Assistance de Bruxelles, toujours soucieuse de faire bénéficier ses malades des procédés les plus modernes d'observation, d'assistance et de traitement, avec le concours de 18 communes contractantes. Nous sommes ici, en effet, dans un hôpital intercommunal.

On peut imaginer quelles furent, à l'origine, les difficultés d'une telle création. Pour y parvenir, il fallut des efforts prolongés et tenaces. Mon excellent ami, le Professeur Auguste Ley, me permettra de rappeler la part considérable qui lui est due dans la belle réalisation que vous allez visiter tout à l'heure. C'est par ses ardents efforts, par la force de sa conviction, son influence, son autorité, avec l'appui et l'activité de la Ligue Nationale belge d'Hygiène mentale que préside avec tant de distinction mon collègue Ernest de Craene, que fut atteint le but tant désiré.

Et, lorsqu'il le fut, une implacable et prématurée limite d'âge ne permit au Professeur Auguste Ley que d'enseigner pendant un temps très court dans ce local dont il fut l'initiateur. Mais il eut la satisfaction de léguer à celui de ses élèves qui est son brillant successeur l'outil qu'il avait rêvé pour lui-même et dont vous admirerez bientôt la perfection.

Messieurs, je donne la parole au Professeur Vermeylen et je prie le Professeur Auguste Ley de bien vouloir prendre la présidence de cette séance.

A l'Exposition d'Art ancien
de l'Exposition Universelle et Internationale de Bruxelles

Mercredi 24 juillet 1935

Le soir du même jour, sous la direction de M. LAMBOTTE, Directeur des Beaux-Arts, les Congressistes visitèrent la merveilleuse exposition d'art ancien.

Le Président René CHARPENTIER exprima en ces termes à M. LAMBOTTE la reconnaissance de tous les Congressistes qu'il voulait bien guider lui-même au milieu de ces merveilles d'art.

Monsieur le Directeur général,

C'est une grande faveur que vous nous faites de nous guider dans la visite de cet admirable Exposition d'Art ancien, organisée par vos soins dans le cadre de l'Exposition Internationale de Bruxelles.

En dépit, en effet, de sa claire ordonnance, cette exposition, qui évoque cinq siècles d'art à Bruxelles, est d'une telle richesse et d'une variété si grande que l'on risquerait d'être attiré de tous côtés à la fois.

Si l'Exposition internationale de Bruxelles, entreprise dans des conditions économiques telles que le monde en a rarement souffert d'aussi pénibles, fut un acte de foi, audacieusement tenté et merveilleusement réussi, l'exposition d'art ancien est l'un de ses plus purs joyaux.

Cela ne saurait surprendre, Monsieur le Commissaire du Gouvernement, ceux qui, l'hiver dernier, ont eu le bonheur de constater le succès de l'Exposition d'Art Belge que vous aviez si admirablement organisée à Paris.

A côté des Grands Maîtres connus de tous, vous avez voulu, et vous avez réussi à réunir ici, en une synthèse d'art bruxellois, des œuvres dispersées, parfois cachées dans des collections particulières. L'éclectisme qui a présidé à cet heureux choix nous permet d'admirer ici, à côté de l'exposition de peinture, des pièces uniques en tapisserie, par exemple, comme l'Adoration des Mages de la Cathédrale de Sens, et les Chasses de Maximilien, ou comme ces délicieuses statues en bois sculpté, ces rétables, ces fines dentelles, ces reliures délicates,

ces riches orfèvreries, ces fragiles porcelaines du Vieux Bruxelles.

La variété des toiles et la production de cinq siècles montre la richesse de cet art si florissant des Pays-Bas Méridionaux, où le mysticisme des primitifs voisine avec la vie extérieure intense des Brueghel ou des Téniers. Que de scènes ici, telle l'extraction de la pierre de la folie, que d'expressions fixées sur la toile, sont de nature à éveiller l'intérêt du psychiatre. Est-il besoin de rappeler les recherches d'Alphonse Wauters sur ce merveilleux élève de Van Eyck que fut, au XVe siècle, Hugo van der Goes ? Sa renommée était telle que, pendant son noviciat, le père prieur Thomas l'autorisait à recevoir la visite des Grands qui venaient voir ses peintures et à banqueter avec eux.

Quelques années après sa profession, le frère convers, pris d'un accès de mélancolie, ne cessait de se dire damné et l'on dut user de la force pour l'empêcher de « se nuire corporellement et cruellement ». Le chroniqueur Gaspar Ofhuys rapporte que les uns le disaient atteint de frénésie, les autres, possédé du démon. Le prieur, pensant que l'artiste, frappé comme Saül, pourrait être soulagé par la musique, comme Saül l'avait été par la cithare de David, tenta vainement ce traitement. C'est cette thérapeutique musicale de la mélancolie qu'Emile Wauters, neveu d'Alphonse Wauters, a peint dans un tableau qui appartient au Musée de Bruxelles. Combien est passionnante l'œuvre douloureuse de ce mélancolique dont les élans mystiques alternent avec les tortures du doute.

Vous avez fait place aussi à des artistes français. Et je manquerais à un devoir familial si je ne vous remerciais d'avoir fait figurer ici l'incomparable portrait du sculpteur Antoine Pater, et le délicieux portrait du Baron de Laroque, de cet original, si personnel et adorable artiste, paré de toutes les grâces du XVIIIe siècle que fut Antoine Watteau. L'étonnant portrait d'Antoine Pater vient, si je ne me trompe, du riche Musée de Valenciennes. Son authenticité, longtemps discutée, est établie, d'une façon incontestable, par le testament de Marguerite-Marie Pater. Il fait l'admiration de tous par l'âpre énergie d'une forte personnalité, étonnamment rendue dans un jour oblique et que met en valeur l'harmonie des tons mordorés. Il tranche sur l'œuvre entière de cet initiateur, au charmant esprit et à la grâce mélancolique, qui réalisa la synthèse de l'art flamand et de l'art vénitien. Antoine Watteau

fut considéré par les Goncourt comme le grand *poète* du XVIIIe siècle.

Watteau, dit une gravure de Boucher,

Watteau, par la nature orné d'heureux talents,
Fut très reconnaissant des dons qu'il reçut d'elle,
Jamais une autre main ne la peignit si belle
Et ne la sçut montrer sous des traits si galants.

Mais j'aurais honte, Monsieur le Directeur général, de parler plus longtemps de sujets où mon incompétence est grande. Nous sommes venus ici pour voir et nous instruire en vous entendant. Nous sommes ici pour ressentir ces joies suprêmes que seul l'art peut donner, ce frisson que l'un de nous, car les psychiatres ont aussi leur violon d'Ingres, l'un de nous présent aujourd'hui, a défini ainsi dans un volume de vers : « Empreintes » (1), récemment publié à Lausanne :

C'est un éclair jailli du cœur à la pensée
Un essor embrasé qui fond à son ardeur
L'esprit, incandescent dans le creuset du cœur !

Monsieur le Directeur général, au nom de tous, merci de nous consacrer si généreusement un temps si précieux.

A la Clinique psychiatrique de l'Université de Louvain à l'Institut Salve-Mater de Lovenjoul

Jeudi 25 juillet 1935

Le *jeudi 25,* le Congrès tint séance à Louvain et visita, à Lovenjoul, l'Institut Salve-Mater, où enseigne, comme titulaire de la chaire de psychiatrie de l'Université de Louvain, le professeur F. D'HOLLANDER.

Une séance de présentations eut lieu dans l'Auditoire de la Clinique Universitaire de Psychiatrie.

Le Président René CHARPENTIER prononça les paroles suivantes avant de donner au professeur D'HOLLANDER la présidence de cette séance, consacrée à l'exposé de ses travaux et des travaux de ses élèves.

---

(1) Dr W. BOWEN. — *Empreintes, Poèmes,* p. 57. Vol. in-12, 86 pages. Editions Spes, Lausanne, 1935.

Messieurs,

Avant de donner la parole au Professeur Fernand D'Hollander, vous me permettrez de lui exprimer notre reconnaissance de l'accueil si cordial qu'il nous fait aujourd'hui.

Une rapide et brillante carrière l'a conduit de Gheel à Mons, de Mons à Louvain où il a tout naturellement succédé au Professeur Ernest Masoin. Le succès de son enseignement, ses beaux travaux, en particulier ceux sur l'apraxie, ceux sur les rapports de la tuberculose et de la démence précoce l'ont fait élire membre de l'Académie Royale de Médecine de Belgique.

L'inoubliable journée que nous allons vivre aujourd'hui est son œuvre. Il s'est acquis des titres impérissables à la reconnaissance du Congrès. Nous sommes heureux de lui rendre ici la visite faite par lui à la Société Médico-psychologique qui, naguère, consacra une séance entière à l'entendre exposer les résultats toujours si consciencieusement critiqués de ses recherches méthodiques. Il lui était bien dû de les poursuivre dans cette belle Clinique Universitaire, inaugurée en juin 1926 à l'occasion du Cinquième Centenaire de l'Université Catholique de Louvain, et qui fut édifiée et installée selon ses directives.

Vous me permettrez aussi de rappeler ici le souvenir d'Ernest Masoin. Dès 1868 professeur de physiologie à l'Université, Ernest Masoin ajouta à cet enseignement celui de la psychiatrie. En 1876, il fut élu membre de notre Société Médico-psychologique. Il peut donc, à bon droit, être considéré comme le précurseur de la bio-psychiatrie d'aujourd'hui.

Il mourut en 1915, après avoir vu brûler ces Halles séculaires dans lesquelles il enseigna pendant 47 ans, dans la douleur d'avoir eu quatre de ses neveux fusillés par l'envahisseur. Puisse Louvain, puissent nos patries, ne jamais revoir les horreurs de l'invasion et de la guerre !

Ce serait aussi manquer à un devoir, ce serait faire preuve d'une noire ingratitude que ne de pas saluer ici la mémoire d'un des membres les plus illustres de la Faculté de Médecine de Louvain, le neurologiste éminent, l'anatomiste inégalable que fut Arthur Van Gehuchten.

Dans la nuit du 25 au 26 août 1914, l'incendie criminel qui ravagea Louvain détruisit l'imprimerie où se trouvait à la composition le manuscrit d'une nouvelle édition de l'Anatomie du Système nerveux de l'homme. Un double existait au domi-

cile de l'auteur ; ce domicile fut pillé et incendié. Dix ans de travail, une œuvre capitale étaient anéantis. Celui qu'on a pu légitimement appeler le Vésale du Système nerveux ne survécut pas à ce désastre. Il s'était pourtant remis courageusement au travail pour reconstruire. Mais l'épreuve avait été trop forte; il mourut à Cambridge le 9 décembre 1914.

Inclinons-nous respectueusement devant sa mémoire. Grâce à son fils, notre très distingué collègue, M. Paul Van Gehuchten, qui continue si dignement son enseignement, une partie de cette œuvre magistrale put être sauvée, en une publication posthume.

Messieurs, après avoir rendu, à deux grands disparus, cet hommage qui leur était dû, j'ai hâte de donner la parole au Professeur D'Hollander, comme vous avez hâte de l'entendre. Dans cet auditoire tout imprégné de son enseignement si vivant, dans ce pavillon où il poursuit ses patientes recherches et où nous avons l'heureuse fortune d'être reçus aujourd'hui, écoutons-le.

A l'Institut Salve-Mater de Lovenjoul

Jeudi 25 juillet 1935

Après la séance de présentation à l'auditoire de la Clinique psychiatrique, les Congressistes visitèrent l'Institut Salve-Mater, sous la direction du Professeur F. d'Hollander. Pavillons de malades, indépendants les uns des autres ; salles d'alitement continu, claires et gaies ; salles de jour spacieuses ; ferme-école admirable ; parc profond, ombragé, rien ne fut caché à notre curiosité qui put tout admirer et recueillir de la visite de ce bel instrument d'assistance de fructueuses idées. Puis ce fut un banquet savoureux offert aux Congressistes par la Direction des Révérendes Sœurs de la Charité, banquet présidé par Monseigneur Ladeuze, Recteur de l'Université de Louvain, qui avait à sa droite le Docteur René Charpentier, président du Congrès. Celui-ci remercia en ces termes au nom de tous :

Monseigneur le Recteur,

Vous avez bien voulu accepter de nous faire le grand honneur de présider cette agréable réunion, et vous voulez bien

nous recevoir cet après-midi à l'Université Catholique de Louvain. Votre Excellence me permettra de lui en exprimer notre respectueuse reconnaissance, anticipant légèrement sur les paroles que j'aurai l'honneur de lui adresser cet après-midi au nom de tous. Nous venons de prendre, ce matin, un premier contact avec l'Université Catholique dans ce beau pavillon universitaire où, en juin 1926, à l'occasion du Cinquième Centenaire de l'Université, fut inaugurée la Clinique Psychiatrique modèle, où se fait le remarquable enseignement du professeur d'Hollander.

Révérendes Sœurs,
Mesdames,
Messieurs,

La reconnaissance que nous devons à S.E. Mgr Van Reckem, Supérieur général des R.S. de la Charité de Gand, revêt de multiples formes. L'inoubliable réception que, cette année encore, Son Excellence a bien voulu nous réserver, car nous sommes d'incorrigibles récidivistes, s'est appliquée à satisfaire à la fois notre corps et notre esprit. En excellent thérapeute, il a tout prévu, y compris après le travail, l'apaisement exquis de ce repas fastueux dans l'admirable oasis de verdure du parc de Lovenjoul.

En lui conférant le grade de docteur en médecine *honoris causa*, l'Université de Louvain a rendu hommage aux immenses services rendus à l'Assistance par Celui que la maladie empêche de nous recevoir aujourd'hui comme il avait eu la bonté de le projeter. Tous ici saluent en Son Excellence le confrère éminent qui, Supérieur général de la si dévouée Congrégation belge des Sœurs de la Charité de Gand, a rendu à la thérapeutique psychiatrique d'inestimables services. Continuant l'œuvre du chanoine Triest, fondateur de la Congrégation, il a sans cesse réalisé les conceptions les plus modernes. Exauçant, et au delà, les vœux de Guislain, il a contribué à la rénovation de l'Assistance psychiatrique en Belgique. Merveilleusement secondé par l'inlassable dévouement des Religieuses, en union avec un corps médical dont personne n'apprécie plus que nous la science et la conscience professionnelle, il a fait succéder à des garderies d'aliénés, des hôpitaux psychiatriques aux pavillons spécialisés, abondamment pourvus des ressources nécessaires à l'examen et au traitement des malades mentaux selon les méthodes les plus modernes.

En léguant à l'Université, parmi d'autres dons généreux, cette vaste et luxueuse propriété, si propice au repos, le vicomte de Spoelberch de Lovenjoul, ne pouvait en souhaiter un meilleur emploi. En en concédant l'usage par bail emphytéotique aux Révérendes Sœurs de la Charité, l'Université de Louvain, toujours si bien inspirée, donnait suite à une idée du Cardinal Mercier. Elle ne pouvait faire une meilleure affectation de ce domaine, dont les hêtres séculaires protègent le calme rassurant.

Beaucoup d'entre nous ont déjà visité avec beaucoup d'intérêt et de profit les beaux établissements de Melle et de Saint-Servais. L'hôpital psychiatrique de Lovenjoul est vraiment une des plus belles réalisations qui soient.

Je me permets de conseiller à mes collègues de visiter, en passant à Louvain, l' « Asile-Musée » des Sœurs Noires. Là se tenait la Clinique Psychiatrique Universitaire dans laquelle enseignait Ernest Masoin, dans laquelle enseignait il y a peu d'années encore notre très distingué collègue, le professeur D'Hollander. Ils y verront au milieu de richesses artistiques d'un grand prix, le parti qu'on a pu tirer pour l'Assistance d'un service hospitalier qui date, je crois, du XV[e] siècle. Mais ils pourront aussi mesurer le chemin parcouru jusqu'à l'édification du pavillon universitaire de Lovenjoul, où le professeur D'Hollander dispose pour lui-même, pour ses collaborateurs et pour ses élèves, d'une installation digne de son enseignement et de ses beaux travaux.

Ainsi se forme à Lovenjoul, dans un lieu propice au travail et pourvu de toute la technique moderne, une élite de jeunes psychiatres. Les malades sont assurés désormais de trouver dans des Etablissements hospitaliers modèles, et donnés par des Religieuses dont le dévouement compétent et sûr fait l'admiration de tous, les soins les mieux adaptés à leur état.

Permettez-moi, Mesdames et Messieurs, de lever mon verre en l'honneur de Monseigneur le Recteur, à la prospérité de cette Œuvre et de la Clinique Universitaire de Louvain, et d'exprimer à Son Excellence Mgr Van Reckem, avec nos vœux pour le rétablissement de sa santé, la respectueuse admiration que nous inspirent à tous les efforts réalisés et les résultats obtenus dans l'Assistance psychiatrique par la Congrégation des R.S. de la Charité de Gand, dont il est l'éminent Supérieur général.

A l'Université Catholique de Louvain

Jeudi 25 juillet 1935

Dans l'après-midi, les Congressistes visitèrent la bibliothèque de l'Université sous la conduite de M. le chanoine Van Cauwenberghe, bibliothécaire, professeur à l'Université.

Ils visitèrent ensuite les Halles de l'Université de Louvain où ils furent reçus par Monseigneur Ladeuze, Recteur de l'Université.

Notre Président, le D[r] René Charpentier, exprima ainsi l'émotion de tous.

Monseigneur le Recteur Magnifique,

Dans ces Halles ressuscitées, où nous accueille si libéralement l'illustre aînée des Universités belges, Votre Excellence voudra bien excuser une émotion nourrie de tant de souvenirs.

C'est trois ans après avoir fondé l'Université de Dole, devenue depuis notre Université de Besançon, que, le 9 décembre 1425, le Pape Martin V, érigeait, à la demande de Jean IV, Duc de Brabant, l'Université de Louvain. La Bulle *sapientiae immarcessibilis* lui assignait comme but que « ceux qui s'y livreront à l'étude des sciences et à la sagesse, puissent se perfectionner pour leur bien et pour celui des autres ». Les faits témoignent que ce programme fut pleinement réalisé et continue à l'être chaque jour.

Parmi tant de gloires qui figurent à votre Livre d'Or, faut-il rappeler le nom du plus grand des Humanistes de la Renaissance, de l'auteur de l'*Eloge de la Folie,* Erasme, qui occupa une chambre au Collège du Lys et qui, grâce à la générosité du Conseiller Jérôme Busleiden, grand bourgeois de Louvain, fonda le célèbre Collège des Trois Langues ? Lorsque François I[er] voulut, sur ce modèle, créer le Collège Royal, devenu le Collège de France, il fit venir de Louvain l'un des sept premiers qui y enseignèrent. Ainsi fut inaugurée en France, sous l'égide de Louvain, l'étude du grec, de l'hébreu et du latin classique. Que ne doivent pas à votre Université tous ceux qui se réclament de cette culture classique à laquelle, nous, médecins, nous restons profondément attachés.

Faut-il rappeler encore que le traducteur de Plutarque et de Longus, l'évêque d'Auxerre, notre Jacques Amyot, enseigna à l'Université de Louvain, et qu'ici encore furent données les leçons du célèbre anatomiste Vésale ?

L'histoire de l'Université Catholique de Louvain rejoint la pensée chrétienne à la sagesse antique. Elle résume ou reflète toute l'Histoire depuis la fin du Moyen Age. C'est la propagation de l'Humanisme, c'est la controverse de Luther et de Latomus, c'est l'Augustinus de Jansenius et les solitaires de Port-Royal, c'est l'impulsion donnée par Mudaeus aux études juridiques, c'est l'algèbre moderne avec Adrien Romanus, c'est la découverte par Minckelers du gaz de houille.

C'est la leçon de la durée parmi l'éphémère, du long et patient labeur vers l'Eternité, de la résistance dans l'épreuve, de la résurrection sur les ruines. Trop souvent, au XVI[e] siècle comme à la fin du XVII[e] siècle, à la fin du XVIII[e] siècle et pendant le premier tiers du XIX[e] siècle, la grande voix de Louvain se tut. Mais elle n'était pas morte.

Rétablie provisoirement à Malines après la Révolution de 1830, l'Alma Mater des Universités Catholiques vint, un an plus tard, reprendre à Louvain son poste avancé au confluent de la culture française et de la culture flamande.

Hélas ! les pierres de ces voûtes majestueuses ne sont plus celles qui entendirent les paroles de sagesse et de science des voix qui se sont tues ! Les Halles au drap de 1317 avaient pu vaincre le temps, elles n'ont pu résister à l'esprit de destruction des hommes. Des trésors, patrimoine de l'humanité et qu'à ce titre on pouvait croire éternellement protégés, ont disparu. Plus grande encore devant le martyre, Louvain, patrie de l'Humanisme, ville sainte de l'Esprit, dont la mission fut toujours d'unir les élites intellectuelles, a pu sentir alors que sa souffrance était celle du monde entier.

Sous son linceul de cendres, dans ces jours sombres où tant de faibles eussent pu être abattus, l'Université de Louvain entendit une grande voix qui disait : « Arrière les pleureurs !... » Ces mots, dont la beauté antique mériterait d'être gravée dans le marbre, Votre Excellence me permettra de les lui rappeler. Ils sont gravés dans nos cœurs. De ce jour date la résurrection de Louvain. Ce que nous voyons aujourd'hui n'en est que le témoignage. Et nous nous inclinons avec respect, Monseigneur, devant le Recteur qui les prononça.

Inclinons-nous aussi devant la mémoire de Celui dont le Maréchal Foch a pu dire qu'il est « la plus grande figure de notre temps ». Lors d'une de nos précédentes sessions, Son Eminence le Cardinal Mercier, qui nous reçut avec tant de bonté, a bien voulu nous rappeler qu'il avait enseigné à Louvain la psychologie. Car Votre Grand Cardinal avait été un

grand professeur. N'est-ce pas lui qui enseignait que « la première condition de la recherche fructueuse, c'est la liberté scientifique » ?

Monseigneur,

Louvain, fille du Moyen Age, ville universitaire, vêtue de neuf, a conservé la même âme. Capitale de l'intelligence, elle joint aux traditions d'un glorieux passé une magnifique réserve d'avenir. A la haute sagesse d'un corps professoral éminent, elle a ajouté l'inestimable exemple du sacrifice silencieux, de l'espoir indomptable et de l'effort victorieux.

Que Votre Excellence veuille bien accepter l'hommage de notre profond respect.

A l'Abbaye Cistercienne de Villers

Samedi 27 juillet 1935

Samedi 27 juillet, après une dernière séance, à la fin de laquelle fut déclarée close la XXXIX[e] session du Congrès, les Congressistes furent conduits à Villers, où la visite des admirables ruines de l'Abbaye Cistercienne fut précédée d'un excellent déjeuner.

Au dessert, le D[r] René CHARPENTIER, qui présidait, se leva pour adresser des remerciements à tous ceux qui avaient contribué au succès de la session.

Mesdames, Messieurs,

La partie scientifique de notre session vient de prendre fin. Déjà quelques-uns d'entre vous, renonçant à nous accompagner demain à Gheel, se préparent à nous quitter.

L'heure de la séparation approche, Mesdames et Messieurs, mais non celle de l'oubli. Le Secrétaire de cette session, le Professeur Vermeylen, nous a montré qu'à toutes les compétences que nous lui connaissions déjà, il ajoute celle d'être un organisateur de premier ordre. La précision de sa mise au point et sa perfection, la distinction de ses choix, le fonctionnement remarquable du Secrétariat Administratif, ont fait l'admiration de tous et pourront être cités comme des modèles. C'est aussi le meilleur et le plus dévoué des amis. Nous contractons, vis-à-vis de lui, une dette de reconnaissance que nous ne saurons jamais acquitter.

Que dire de notre Secrétaire général permanent, le Pro-

fesseur Pierre Combemale, sinon qu'il marche en souriant de succès en succès. Hier, en France ; aujourd'hui, en Belgique ; demain, en Suisse : il est partout le même. Son activité est inlassable, son dévouement est inépuisable, sa complaisance est traditionnelle, et la victoire, enchaînée, suit ses pas.

Merci encore à notre indispensable et si dévoué Trésorier, le Dr Vignaud, qui remplit, avec tant de succès, ses délicates et importantes fonctions.

Merci à nos Rapporteurs, MM. Henri Baruk, Ludo van Bogaert, Georges Heuyer et Paul Vervaeck, dont les remarquables et savants exposés ont servi de bases aux travaux du Congrès.

Merci à vous tous, Messieurs, venus de loin représenter ici vos Gouvernements, vos Universités, vos Sociétés Savantes, et qui nous apportez chaque année les résultats de vos patientes recherches.

Merci aux auteurs de communications, aux Secrétaires des Séances, MM. Jean Titeca et Leconte, aux Secrétaires Administratifs, à ces charmantes jeunes filles accomplissant leur tâche bénévole avec tant de belle humeur, à notre bureau de Tourisme, si aimablement dirigé par M. Yann Lallour, de l'Agence Exprinter, à tous ceux, et ils sont nombreux, qui nous ont aidés.

Merci enfin à vous, Mesdames, d'avoir ensoleillé de votre grâce souriante ces journées d'un travail parfois ingrat. En vous revoyant, l'ardeur des discussions s'apaise. Un seul sentiment subsiste, celui de la grande famille que nos sessions réunissent chaque année. Le rival de Charles-Quint, François Ier, disait qu'une Cour sans femmes est un année sans printemps et un printemps sans roses. Notre Congrès sans vous ne serait plus notre Congrès.

Mon cher ami De Craene, voici notre collaboration terminée. Si j'ai pu mener ma tâche jusqu'au bout, c'est grâce à l'aide de tous, mais entre tous, tu fus le guide le plus sûr et parmi les plus fidèles des amis. Entre tes mains et celles de notre ami Vermeylen, je ne fus que le jouet dont vous manœuvriez les ficelles. Sur vous, je me suis entièrement reposé. Votre direction éclairée ne m'a jamais fait défaut. Si je n'ai pu être que le pâle reflet de ce que vous eussiez été à ma place, il n'en faut incriminer que la médiocrité du jouet.

Quelles jolies choses tu nous aurais dites si, conformément à la règle de ta vie, tu n'avais voulu, t'effaçant toujours, être ici, comme partout, celui qui sait tout, celui qui sent tout,

celui qui fait tout, mais qui ne veut pas qu'on le dise et qui ne veut pas être vu.

Au nom de tous, merci, très affectueusement à tous deux. En votre personne, nous remercions tous nos collègues belges de leur affectueux accueil et nous les assurons de la particulière estime que nous inspirent leurs travaux et leurs belles réalisations.

Mon cher Crouzon, mon cher Repond, c'est à votre tour, l'an prochain, de guider nos pas à travers les montagnes de l'Helvétie. Tous nous serons derrière vous.

Le Dr Ern. DE CRAENE, Président belge de la XXXIXe session, nous dit, en une délicate improvisation, toute sa joie et celle de ses compatriotes de voir tous les congressistes satisfaits de l'accueil belge et de la pleine réussite du Congrès de Bruxelles ; le professeur PUUSEPP, au nom des délégués étrangers, remercia de l'attention soutenue que leurs collègues belges et français eurent pour eux au long de ces inoubliables journées du Congrès.

A la Ferme-Ecole de Waterloo

Samedi 27 juillet 1935

L'après-midi de ce samedi fut consacrée à la visite de la Ferme-Ecole de Waterloo, où nous fûmes reçus par M. le Ministre Emile VANDERVELDE, M. Jules HANSEZ, membre de la députation permanente de la Province de Brabant, M. HEYVAERT, greffier provincial du Brabant, le docteur ALEXANDER, chef du service médical de la ferme-école, et de ses collaborateurs, ainsi que par Mme BOULENGER, chef du service administratif.

Le Président René CHARPENTIER, retraçant brièvement l'histoire de cet établissement moderne et modèle, remercia par les mots suivants les autorités qui nous reçurent avec une large cordialité :

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Député permanent,
Monsieur le Greffier provincial,

En nous faisant le grand honneur de nous recevoir ici, vous témoignez aussi de votre intérêt et de votre sollicitude à l'une des réalisations qui honorent le plus la province.

Depuis longtemps, la Société protectrice de l'enfance anormale désirait voir construire, à côté de l'enseignement spécial créé pour les arriérés par la Ville de Bruxelles, une école-hôpital à allure de ferme-école. Dès 1909, M. le Député permanent Gheude en demanda la création. Aujourd'hui Président de la Commission administrative de cet établissement, il peut être fier de l'œuvre de solidarité humaine et de défense sociale dont le fonctionnement et les résultats couronnent un inlassable effort.

Ici encore, on trouve, à la base de cette remarquable réalisation, une initiative éclairée de M. le Ministre Emile Vandervelde. C'est lui, en effet, qui la rendit possible, lui fournit les moyens indispensables à sa création et à sa vie, en mettant les ressources du fonds commun à la disposition des œuvres pour les anormaux.

Comme l'a bien montré notre très regretté collègue, le Dr Decroly, en se préoccupant du sort des déficients, la société se défend tout entière. Elle mène le bon combat contre la sottise, contre le vice, contre le crime. Elle protège, par là même, ses élites.

Lorsque cet établissement, commencé en 1914, fut ouvert le 7 juillet 1926, ses fondateurs avaient réussi à triompher de bien des obstacles. Il eut, comme premier Directeur, le Dr Max Boulenger, admirable philanthrope, qui trouvait là l'occasion de dépenser sans compter ses dons merveilleux de dévouement et de bonté. A cette œuvre à laquelle tout le préparait, son érudition étendue, ses connaissances psychiatriques, un séjour de quatre années à l'Institut pour anormaux de Dartford (Kent), il donna, et au delà de ses forces, ses dernières années. Mme Boulenger, qui seconda si activement son mari et qui continue si dignement son œuvre, nous permettra de rappeler le douloureux souvenir d'un homme de bien au lieu même de son fécond labeur.

En notre collègue, le Dr Alexander, actuellement Président de la Société de Médecine Mentale de Belgique, dont tous ici connaissent la compétence et la modestie, la Ferme-Ecole a trouvé le digne successeur de Max Boulenger, dont il avait été le dévoué collaborateur. L'œuvre du Dr Alexander dans tous les domaines, son action dans la lutte contre toutes les tares sociales, dans l'hygiène mentale, l'antialcoolisme, l'anthropologie pénitentiaire, la délinquance infantile, tout le désignait

pour ce poste de confiance où il se consacre à la tâche émouvante du sauvetage d'innocentes victimes.

Emouvante, en effet, est l'œuvre accomplie dans ce cadre champêtre où toutes les ressources de la Nature sont employées à redresser ce qu'elle a mal fait. Par l'association de la patience à la bonté, par une collaboration médico-pédagogique étroite, par l'application de la méthode Decroly, on obtient ici des résultats inespérés. Le Professeur Ovide Decroly suivit de près dans la tombe Max Boulenger, mais la pensée toujours vivante de ce rénovateur de la pédagogie inspire tout ce qui nous entoure ici. Son enthousiasme créateur a allumé une flamme qui ne s'éteint pas. Toujours vivante, à l'Ecole de l'Ermitage comme à la Ferme-Ecole de Waterloo, en Belgique comme dans le monde entier, son œuvre scientifique et pédagogique continue.

L'éveil des Centres d'intérêt, mettant en rapport l'enfant et ses besoins, l'enfant et son milieu, avec les travaux saisonniers d'une ferme modèle, l'association de la méthode orale et de l'entraînement de l'activité par l'encadrement dans une équipe de travail, contribuent à donner à l'enfant l'habitude et le goût du travail régulier. Les résultats obtenus, et dont témoignent les rapports annuels montrent la proportion importante de jeunes sujets capables de quitter l'Etablissement pour exercer un métier ou pour continuer leurs études dans l'enseignement ordinaire.

Monsieur le Ministre, Monsieur le Député permanent, Monsieur le Greffier provincial, permettez-nous de rendre hommage à l'initiative bienfaisante, à l'œuvre éclairée de la province de Brabant, de rendre également hommage à tous ceux, médecins, administrateurs, instituteurs, éducateurs, infirmières, techniciens, dont l'action convergente obtient, avec un prix de journée remarquablement réduit, de tels reclassements sociaux. Que tous ceux dont le doute stérilise la bonne volonté viennent ici. Ils seront convaincus.

Le Dr ALEXANDER, Médecin-Chef de la Ferme-Ecole, nous exposa ensuite le fonctionnement, les ressources et les résultats de cette admirable œuvre.

A la Colonie familiale de Gheel

Dimanche 28 juillet 1935

Enfin, le *dimanche 28 juillet,* eut lieu la visite de la Colonie familiale de Gheel ; infirmerie, placements familiaux, toujours pleins d'intérêt et d'enseignement, sans oublier les trésors artistiques du vieil hôpital civil, les antiques cellules pour aliénés dans un quartier accolé à la vieille Eglise et le tombeau de sainte Dymphne furent visités en détail sous la souriante et patriarcale (ce qualificatif est de lui) direction du Dr SANO.

Au lunch, qui nous fut servi à midi, et qui marquait l'heure de la séparation, le Président René CHARPENTIER, traduisant les sentiments de tous, prononça l'allocution suivante :

Monsieur le Directeur général,
Monsieur le Sénateur-Bourgmestre,
Mon cher Docteur Sano,
Mesdames,
Messieurs,

« Tous les documents que j'ai pu recueillir sur Gheel », écrit Esquirol dans le tome II de son Traité, « prouvent que ceux qui ont écrit sur ce village et ses habitants ne les ont pas visités ». Nous sommes nombreux ici à qui ne saurait s'appliquer ce reproche. Pour ma part, cela fait plusieurs fois que je reviens à Gheel, chaque fois pour y trouver un intérêt nouveau, chaque fois pour constater de nouveaux progrès.

En 1924, nous avons inauguré de nouveaux pavillons : ils sont actuellement en plein fonctionnement. Une école pour anormaux, des laboratoires modernes, ont été installés. Le chiffre des malades, confié à une population héréditairement patiente et dévouée, est aujourd'hui de 3.300. Avant 1789, il y en avait 400.

Quel plus bel exemple de notre impuissance à préjuger de la suite des événements ! Ainsi, pour qu'un Congrès de neuro-psychiatrie vînt, après beaucoup d'autres, terminer ici en apothéose, sa 39e session, il a fallu qu'au VIIe siècle, une princesse irlandaise pérît dans ces plaines flamandes des mains d'un père dont elle fuyait les ardeurs incestueuses. Est-ce donc pour racheter ce crime passionnel d'une nature un peu

spéciale que l'infortunée victime reçut le pouvoir de guérir la folie ? Vierge et martyre, Sainte-Dymphne, patronne des aliénés, ne compte plus les services que, depuis des siècles, sa fin tragique leur a rendus.

Le millénaire de Gheel fut, si je ne me trompe, célébré en 1900, mais, à ma connaissance, aucun document, aucune tradition orale ne permet de situer la date de la première guérison miraculeuse. Institution d'origine religieuse, Gheel eut son église achevée et consacrée au XIV[e] siècle par Mgr l'Evêque de Cambrai. Le beau rétable de 1515, attribué à Jean Wave, d'Anvers, et que l'on peut voir à l'Eglise Sainte-Dymphne, fit l'admiration de David d'Angers. Il nous instruit sur les conditions dans lesquelles, le bonnet des fous sur la tête, les fers aux pieds et aux mains, la thérapeutique psychiatrique par l'exorcisme s'exerçait alors à Gheel comme ailleurs.

Ainsi que l'a fait remarquer Henry Meige, à qui notre Congrès doit tant, ce bonnet des fous, en forme de cloche, de même que la mitre en carton peint des possédés condamnés au bûcher, rappellent le casque ou tymbre qui, en terme héraldique, surmonte l'écusson. Tymbre, vous le savez, vient de tympanum, qui signifie cloche. Et sous certains casques, ou tymbres, on mettait une sorte de bourrelet qu'on appelait toque. Et voilà pourquoi nos malades sont irrévérencieusement traités de « timbrés » ou de « toqués ». Peut-être n'est-il pas sans intérêt de le rappeler ?

Il est remarquable aussi de noter que, dès le XV[e] siècle, l'irresponsabilité des malades de Gheel était reconnue, qu'ils n'y étaient admis que sur demande expresse de leur famille, et que l'emploi des moyens de contrainte y fut réglementé par de nombreuses ordonnances des pouvoirs locaux, des autorités religieuses et même du Conseil souverain du Brabant.

C'est en 1851 que Gheel, autrefois administré par le Collège des Dix vicaires, puis par l'Ordre des chanoines de Sainte-Dymphne, cessa d'être une institution communale pour devenir une institution d'état. De là, et dès son premier directeur le D[r] Parigot, date l'organisation dont nous admirons aujourd'hui les résultats. Le choix judicieux des malades justiciables de la vie de famille facilite la thérapeutique par les occupations et l'exercice normal des aptitudes professionnelles, dans un cadre qui n'exclut, en cas de besoin, aucune autre thérapeutique. L'admirable et héréditaire adaptation des nourriciers à leurs fonctions, jointe à l'éducation spéciale qui

leur est donnée, a perfectionné ce merveilleux instrument, né d'une légende et forgé par les siècles.

Nos remerciements iront d'abord à M. Poll, Chef du Cabinet de M. le Ministre de la Justice et Directeur général, qui a bien voulu interrompre un repos si bien gagné et venir de Namur à Gheel pour nous recevoir lui-même. Il voudra bien être, auprès de M. le Ministre, l'interprète de notre respectueuse reconnaissance. Une vision de Gheel, mère des Colonies familiales, en particulier de celles instituées par le Département de la Seine, complète merveilleusement les multiples enseignements de cet inoubliable Congrès belge.

Monsieur le Directeur général, l'hospitalité généreuse de la Belgique est proverbiale. Vous n'avez pas voulu que nous venions à Gheel, comme les pèlerins de jadis, porteurs de notre poids de grains de seigle. Vous n'avez pas voulu non plus nous appliquer la thérapeutique du Collège des Dix vicaires qui comportait, pendant la neuvaine de traitement, le jeûne et l'abstinence. Soyez-en encore remercié.

Mon cher Docteur Sano, une fois de plus, on dit que c'est la dernière, mais je ne peux pas le croire, vous venez de nous faire admirer les remarquables résultats de vos efforts. Deux fois rapporteur à notre Congrès, à Pau en 1904, et à Bruxelles en 1924, vous avez aujourd'hui illustré, devant nos jeunes collègues, votre beau rapport sur « l'adaptation du malade mental à son milieu ». Venez souvent à nos Congrès où votre compétence est tout particulièrement appréciée. Voulez-vous transmettre à tous vos collaborateurs nos félicitations unanimes et cordiales ?

Gheel a formé de nombreux et éminents psychiatres belges parmi lesquels le Dr Meeus qui, Médecin-Directeur de Gheel lors du Congrès de 1910, fut, en 1928, le très dévoué organisateur du Congrès d'Anvers dont on se rappelle le grand succès, parmi lesquels aussi le Professeur Vermeylen, le triomphateur de cette session.

Au nom de tous, merci aux Révérendes Sœurs Norbertines, dont le dévouement, nous l'avons vu, soigne avec le même succès, et les malades et leurs médecins.

Merci encore à tous nos amis belges de l'éclat qu'ils ont donné à cette session et de leur si généreuse hospitalité.

Merci à Ernest De Craene et à Guy Vermeylen, qui ont assuré le succès de nos travaux et nous ont donné tant d'agréables loisirs.

Merci aussi à notre Secrétaire général, Pierre Combemale, et à notre Trésorier, mon excellent ami Vignaud. Leur action associée ne cesse pas avec la session. Elle assure, par de patients et continus efforts, la survie de notre Congrès. Leur tâche à tous deux, dont le plus important et le plus délicat est ce que l'on ne voit pas, nous permet de nous retrouver chaque année. C'est en veillant, avec le soin que vous savez, sur la trésorerie de notre Congrès que Vignaud, gardien du présent, est garant de l'avenir.

Mesdames et Messieurs, en signe de notre respectueuse reconnaissance, je vous demande de lever vos verres en l'honneur de LL. MM. le Roi et la Reine des Belges, à la prospérité de leur règne.

Puis, M. Poll, Chef de Cabinet, Directeur général au Ministère de la Justice, qui avait tenu à se déplacer pour nous recevoir, prit la parole.

Mesdames, Messieurs,

Ma première parole sera une parole de remerciement.

Vous êtes accourus de nombreux pays nous apporter le concours de vos lumières et de votre expérience.

A Messieurs les délégués des Etats étrangers, qui ont bien voulu répondre à l'appel du comité organisateur, j'adresse l'expression d'une sincère gratitude. Vous vous êtes réunis avec vos collègues belges dans un accord unanime de sympathie pour faire un nouveau pas en avant. Chacun de vos congrès marque, en effet, une étape de progrès et se traduit par une conquête positive. Vos assises sont véritablement les assises de la Science éclairée par la Bonté.

La Bonté ! Le docteur René Charpentier nous en a montré les divers aspects dans son discours inaugural de lundi dernier dont nous avons tous admiré la maîtrise et la belle tenue littéraire. Il nous a rappelé que le R. P. Lacordaire la définissait le « don gratuit de soi-même ».

En entendant M. René Charpentier, j'ai songé à tous ceux qui consacrent leur intelligence et leur cœur à améliorer le sort des malades mentaux : aux médecins, dont les efforts tendent à prévenir et à guérir ; aux infirmiers et infirmières, laïques ou religieux, qui ont fait de cette définition une réalité si

vivante. J'ai songé aussi aux habitants de Gheel qui, de génération en génération, recueillent les déshérités de l'esprit et qui, vivant côte à côte avec eux, parviennent, par leur sollicitude et leur dévouement, à faire naître un peu de joie dans l'âme des malheureux qui leur sont confiés.

Les anciennes demeures de la commune ont fait place à des maisons plus confortables. Les petites fermes en terre glaise ont disparu. Mais il est bon de rappeler qu'elles virent s'accomplir des actes d'altruisme dont les vieilles chroniques nous ont transmis le récit.

Gheel s'est modernisé.

L'évolution de la colonie a toujours été parallèle au progrès dans l'assistance des aliénés et l'a même devancé en bien des points.

En venant ici, où nous les recevons toujours avec joie, les médecins aliénistes et neurologistes restent dans la tradition. Leur présence nous rappelle les efforts que nous avons faits en commun depuis plus d'un siècle, pour l'amélioration du sort des aliénés. Si Pinel nous donna l'exemple d'un grand effort moral, il est utile de redire que c'est à Gheel qu'Esquirol vint puiser les indications pratiques d'une assistance plus humble mais non moins appréciée. L'action féconde des anciens ne doit pas être perdue de vue et c'est avec raison que vous pensez qu'une visite au berceau même du système familial ne peut qu'être profitable à votre profession.

Je saisis avec empressement l'occasion qui m'est offerte aujourd'hui de prier M. le Sénateur Verachtert, bourgmestre de Gheel, dont je salue ici la présence, d'être notre interprète auprès de la vaillante population de sa commune, pour lui faire part de nos sentiments de gratitude et d'admiration. On ne peut oublier que le monde scientifique et administratif ne saurait réaliser pleinement sa tâche, si le nourricier et l'infirmier — ses plus précieux collaborateurs — n'étaient inspirés par l'amour du prochain.

Je tiens aussi à remercier, au nom du Gouvernement, l'homme de cœur, le savant, qui dirige depuis plus de 15 ans la colonie de Gheel : M. le docteur Sano dont le nom a franchi nos frontières. J'associe à cet hommage Mme Sano qui, tous les ans, organise, avec les membres du dévoué comité qu'elle préside, une exposition d'ouvrages manuels exécutés par des malades et dont vous avez pu constater la parfaite ordonnance.

MESDAMES, MESSIEURS,

Il ne m'appartient pas d'indiquer les progrès que nous avons réalisés en Belgique, dans le domaine qui vous intéresse. Vous les apprécierez en toute justice dans la sagacité de votre compétence, mais permettez-moi de vous dire que notre pays s'efforcera de conserver la place et le rang qu'il occupe dans la marche en avant des Nations.

En vous donnant cette assurance, je suis sûr de traduire la pensée de M. le Ministre de la Justice qui porte aux questions sociales un si vif intérêt.

Je bois aux congressistes et au congrès : au congrès qui me semble représenter une sorte de sainte alliance pour le bien de l'humanité. Ses œuvres sont nobles et généreuses. Vous les portez de pays en pays tous les ans, en inscrivant sur les murs des cités où vous passez des décisions qui finissent un jour par devenir des lois.

Aux congressistes : il en est parmi eux à qui nous devons une mention particulière : aux dames, dont le charme et la grâce embellissent cette salle, ainsi qu'à vos deux présidents, MM. René CHARPENTIER et Ernest DE CRAENE qui ont dirigé vos débats avec une compétence et une impartialité auxquelles nous tenons tous à rendre hommage.

C'est de grand cœur que je forme des vœux pour le succès de votre prochain congrès.

J'espère que nous nous retrouverons tous l'an prochain en Suisse, pays généreux et libre, dont les Belges se souviennent toujours avec émotion.

M. le Bourgmestre, sénateur VERACHTERT, M. DELAITRE, au nom des délégués et enfin le Dr SANO, dirent en quelques phrases éloquentes leur joie de se trouver réunis une fois encore à Gheel, véritable patrie des œuvres d'assistance.



Et l'on se sépara. Mais si la XXXIXe session avait vécu, elle devait demeurer impérissable dans la mémoire des congressistes qui y participèrent.


SESSION · BRUXELLES 22-27 JUILLET 1935
115

AU RESTAURANT DE LA CITÉ UNIVERSITAIRE









A L'AUDITOIRE DU SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE



A LOVENJOUL, AVEC LE PROFESSEUR D'HOLLANDER



A GHEEL, AVEC LE DOCTEUR SANO

RAPPORT
DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE

Discussion

COMMUNICATIONS DIVERSES

Communications de psychiatrie

Communications de neurologie

Communications de médecine légale psychiatrique

Communications d'assistance et de thérapeutique

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Assemblée générale du Congrès tenue à la Faculté de Médecine de Bruxelles, le 24 Juillet 1935



Cahors, Imprimerie COUESLANT (*personnel intéressé*). — 50.754

